

ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

Depression, Alcohol Drinking Behaviors, and Suicidal Risks of Adolescents

วินัย	รอบคอบ	พย.ม.*	Winai	Robkob	M.N.S.*
สมบัติ	สกุลพรรณ	ปร.ด.**	Sombat	Skulphan	Ph.D.**
हररा	เศรษฐบุพผา	ปร.ด.***	Hunsa	Sethabouppha	Ph.D.***

บทคัดย่อ

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของวัยรุ่นไทยและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในสถานการณ์ของโลกปัจจุบัน การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 12-21 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 24 โรงพยาบาลในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2560 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 375 ราย โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Structure Interview [M.I.N.I.] : Suicidality part) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D) และแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน

1. มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 64.00
2. มีพฤติกรรมการดื่มสุรา ร้อยละ 85.60 ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบอันตราย ร้อยละ 8.69 แบบเสี่ยงร้อยละ 53.72 และมีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 31.98
3. มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 67.73 ในจำนวนนี้เป็นผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับมาก ร้อยละ 16.14 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.46 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับน้อย ร้อยละ 50.40
4. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .462, p < .01$)
5. พฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่าง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

* Registered Nurse Professional Level (Education), Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, winai59@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Corresponding Author, sombat.sk@cmu.ac.th

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, hunsa@mail.nurse.cmu.ac.th



มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .301, p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรด้านสุขภาพจิตในการกำหนดแนวทางเฝ้าระวังและประเมินภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นไทยที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วัยรุ่น

Abstract

The suicidal risks of adolescents are a major problem affecting the lives of Thai adolescents and increasing violence in the current world situation. The purpose of this descriptive correlational research study was to explore depression, alcohol drinking behaviors, and suicidal risks of adolescents. The samples were selected by following the inclusion criteria and the multi-stage random sampling which consisted of 375 adolescents ages 12-21 years old, both male and female. They received services at mental health and psychiatric clinics in 24 community hospitals in the northern region of Thailand, from May to August 2017. The research tools were, the Mini International Neuropsychiatric Structure Interview [M.I.N.I.] Suicidality part, the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale [CES-D] and the Alcohol Use Identification Test [AUDIT]. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient.

The results of the study were as follows:

1. Sixty-four percent of adolescents who received services at mental health and psychiatric clinics in community hospitals experienced depression.

2. Almost 86% (85.60%) of the adolescents who received services at mental health and psychiatric clinics in community hospitals exhibited alcohol drinking behaviors. For this category, there were adolescents who experienced the following levels of drinking: harmful use, hazardous, and low risk; 8.69%, 53.72%, and 31.98% respectively.

3. Almost 68% (67.73%) of the adolescents who received services at mental health and psychiatric clinics in community hospitals experienced suicidal risk. For this category, there are adolescents who experienced the following levels of suicidal risks: severe, moderate, and mild; 16.14%, 33.46%, and 50.40% respectively.

4. There was a moderate positive correlation of depression with suicidal risks ($r = .462, p < .01$).

5. There was a moderate positive correlation of alcohol drinking behaviors with suicidal risks ($r = .301, p < .01$).

The results can help mental health personnel as well as provide a guid for surveillance, screening depression and alcohol drinking behaviors. This can also be used as a basis for



prevention and suicidal risks reduction among Thai adolescents who receive services at mental health and psychiatric clinics in community hospitals.

Keyword: Depression, Alcohol drinking behaviors, Suicidal risks, Adolescents.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตาย (suicide) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อการสูญเสียทรัพยากรบุคคล ที่มีคุณรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในสถานการณ์ของโลกปัจจุบัน จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2016) พบว่า ในปี 2559 ทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกว่า 8 แสนคนต่อปีหรือ 11.69 ต่อแสนประชากร คาดการณ์ว่าในปี 2020 จำนวนคนที่ฆ่าตัวตายจะมีเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 1.5 ล้านคน และจากฐานข้อมูลการเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลก พบว่าวัยรุ่นอายุในช่วง 15-19 ปี มีอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายสูงถึง 90 ประเทศทั่วโลก (Wasserman, Cheng, & Jiang, 2005) ในสังคมปัจจุบันพบปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมีมากขึ้นเรื่อยๆ และการฆ่าตัวตายถือเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-29 ปี ซึ่งพบอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเทศในแถบเอเชีย (WHO, 2016) อีกทั้งจากรายงานอัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2558-2559 รายงานตามช่วงอายุ 10-19 ปี และ 20-29 ปี พบอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย 33.13 ต่อแสนประชากร และ 40.98 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยพบว่าแนวโน้มของอัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นสูงเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ภูมิภาคที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด คือ ภาคเหนือ มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 10.32 ต่อประชากรแสนคนและยังคงเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทยที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดและเป็นอันดับ 1 ติดต่อกันมาแล้ว 3 ปี (ตั้งแต่ปี 2556 ถึง 2558) (ศูนย์ป้องกันและลดผลกระทบทางสุขภาพ, 2559)

การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ในด้านผล

กระทบต่อตนเอง ได้แก่ การเสียชีวิต การบาดเจ็บทางร่างกาย หรือเกิดความพิการ (มานิช หล่อตระกูล, 2553) อีกทั้งยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการทุพพลภาพตามมาจนก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของคนในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดตามมาได้ (Lotrakul, 2014) ซึ่งผู้ที่ฆ่าตัวตาย 1 คนจะมีผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน และอาจมีผลกระทบทางด้านจิตใจได้นานถึง 4 ปี เกิดความรู้สึกเศร้าโศก ทุกข์ใจจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (มานิช หล่อตระกูล, 2553) ด้านผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ขาดรายได้จากการเจ็บป่วยหรือการรวมกันทำให้เกิดความสูญเสียโอกาสต่าง ๆ ในสังคมที่ควรจะได้รับจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Lotrakul, 2014) ซึ่งในปัจจุบันก็ยังพบว่ามียุทธศาสตร์การฆ่าตัวตายสูงขึ้นและเพิ่มขึ้นในวัยรุ่นส่งผลให้มีการสูญเสียของประชากรวัยรุ่นจากพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นซึ่งพบหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพระดับสูงที่ระบุปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหลายปัจจัย ซึ่งแต่ละปัจจัยนั้นล้วนส่งผลกระทบทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ตามบริบทหรือสภาพการณ์ที่แตกต่างกันไป (มานิช หล่อตระกูล, 2553) จากการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น พบว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความสิ้นหวัง (Hopelessness) ที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมา และพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เป็นปัจจัยที่ทำให้ขาดสติ มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ตัดสินใจเร็วขาดการยั้งคิด ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงขึ้นจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จได้ (committed suicide) ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยนี้ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่า



ตัวตายได้บ่อยในวัยรุ่น (มาโนช หล่อตระกูล, 2553; สายฝน เอกวรารากร, 2558) ดังนั้น ปัจจัยที่น่าสนใจในการศึกษาเพื่อยืนยันความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในครั้งนี้ คือ ภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดื่มสุรา

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มของอาการ (Symptoms) ที่แสดงออก 4 ด้าน ประกอบด้วย อารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม อาการที่แสดงออกแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน (สายฝน เอกวรารากร, 2558) ซึ่งอธิบายด้วยแนวคิดด้านความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Theory) ของเบ็ค (Beck, 1979) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีลักษณะของความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคมของภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่า มีหลายการศึกษาในประเทศไทย เช่น จากการศึกษาในวัยรุ่นที่มารับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยวัยรุ่น คือ โรคซึมเศร้า พบมากที่สุดถึงร้อยละ 14.3 (อัจฉรา ทรายชู และคณะ, 2556) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สายฝน เอกวรารากร และคณะ, 2549) และจากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของกราสิโอไล และคณะ (Grazioli et al., 2016) ได้ทำการศึกษาโดยการติดตามวัยรุ่นชายอายุประมาณ 19 ถึง 21 ปี พบว่า ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์ทางบวกกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบว่า relative risk ต่อการเสียชีวิตในภาวะซึมเศร้าโดยรวมเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปเท่ากับ 1.81 (95% CI, 1.58-2.07) โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิตนั้นเกิดจากการฆ่าตัวตาย (Cuijpers & Smit, 2002) นอกจากนี้มีการศึกษาแต่ผลไม่สอดคล้องกัน คือ การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์

พยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในอำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น (จักรชัย ดิตตะบุตร, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมยังมีความจำเป็นและความสำคัญที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพราะผลการวิจัยที่ศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบทั้งความสัมพันธ์ทางบวกและไม่มีความสัมพันธ์กันของภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

พฤติกรรมการดื่มสุรา การดื่มสุรานั้นส่งผลเสียทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต หน้าที่การงาน และมีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น อีกทั้งสุรายังก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านอารมณ์ มีอารมณ์ซึมเศร้า ขาดความภูมิใจในตนเอง มองตนเองในด้านลบ เปื่อชีวิต (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2553) โดยเฉพาะคนที่รู้สีกว่าตนเองไม่มีคุณค่าหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตายมาก่อน เมื่อดื่มสุราเข้าไปฤทธิ์ของสุราซึ่งมีผลต่อสมอง โดยผ่านทางสารส่งผ่านประสาท กัดการทำงานสมองไว้ ทำให้ความยับยั้งชั่งใจมีน้อยลง หรือ ขาดสติยับยั้ง และสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมดื่มสุราที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่า มีหลายการศึกษาในประเทศไทย เช่น จากการศึกษาของสาวิตรี อัจฉนาคร์กรชัย และคณะ (2551) พบว่า วัยรุ่นที่เป็นนักเรียนดื่มสุราประมาณร้อยละ 10 เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย วางแผนการฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วใน 12 เดือนที่ผ่านมา ประมาณ 2 เท่าเมื่อเทียบกับนักเรียนที่ไม่ดื่มและ จากการศึกษาของจักรชัย ดิตตะบุตร (2554) พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์กับภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษางานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นที่เป็นนักศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุรา (drinking alcohol) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (Gau et al., 2008) นอกจากนี้ มีการศึกษาแต่ผลไม่สอดคล้องเช่นเดียวกัน คือ การศึกษาการดื่มสุราและเหตุจูงใจต่อการ



ดื่มสุรา: กลไกเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นชาย พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในประเทศสวีเดนแลนด์ (Grazioli et al., 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมมีทั้งการศึกษาหาความสัมพันธ์และการวิจัยเชิงพรรณนาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งยังมีความจำเป็นที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพราะผลการวิจัยพบทั้งมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น พบว่า ผลการวิจัยที่ศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ได้ยังไม่เป็นทิศทางเดียวกัน ซึ่งจะเห็นว่าไม่สามารถสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในทิศทางใด และมีผลการวิจัยที่ศึกษานานเกิน 10 ปี อีกทั้งมีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่สรุปว่าภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กันแต่ก็เป็นการศึกษาที่ผ่านมา 14 ปีแล้ว และในปัจจุบันก็มีการศึกษางานวิจัยพื้นฐานเพิ่มอีกที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราของวัยรุ่นในประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นเพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นเป็นอย่างไร
2. ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การฆ่าตัวตายของวัยรุ่น เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทยที่มีแนวโน้มของปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในภาคเหนือของประเทศไทย โดยมีผลกระทบอย่างสูงต่อทั้งผู้กระทำ ผู้ใกล้ชิด ครอบครัว และสังคม เกิดความสูญเสียในด้านต่างๆ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและพบบ่อยได้คือ ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุรา การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของเบ็ค (Beck, 1979) ที่มองว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลจากการประมวลเรื่องราวผ่านกระบวนการความคิดจนเกิดความคิดบิดเบือนอัตโนมัติทางลบ และไม่ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต มองโลกในแง่ร้าย โทษตัวเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ แต่เมื่ออาการเป็นมากขึ้นจะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) ซึ่งภาวะสิ้นหวังนี้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าเกิดความคิดฆ่าตัวตายตามมา ในส่วนของพฤติกรรมการดื่มสุราจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดื่มสุราเป็นทางออกเพื่อที่จะไม่ต้องรับรู้ปัญหาอะไรอีก ลดภาวะวุ่นวายใจที่เกิดขึ้น ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ขาดสติขาดการยับยั้งชั่งใจ มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ส่งผลให้นำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จได้ ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นจะเป็นผลมาจากการเกิดความรู้สึกสิ้นหวังและมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบจากภาวะซึมเศร้า และความหุนหันพลันแล่นจากการดื่มสุราได้



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

ประชากร คือ วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 12-21 ปี (Sanders, 2013) ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัดภาคเหนือ 17 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง อุตรดิตถ์แพร่ น่าน พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน นครสวรรค์ อุทัยธานี กำแพงเพชร ตาก สุโขทัย พิษณุโลก พิจิตร และเพชรบูรณ์ จำนวน 120,273 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 12-21 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครซี และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 95% จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 375 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) ตามเขตบริการสุขภาพ 3 เขต จากจำนวนทั้งสิ้น 17 จังหวัด ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย 3 จังหวัด คือ เชียงใหม่ พะเยา และลำปาง เขตบริการสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 2 จังหวัด คือ พิษณุโลก และเพชรบูรณ์ และเขตบริการสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 1 จังหวัด คือ นครสวรรค์

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) ตามโรงพยาบาลชุมชนใน 6 จังหวัด โดยการคำนวณสัดส่วนจากจำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดใน 6 จังหวัด โดยใช้อัตราส่วน 3 : 1 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) แล้วทำการสุ่มโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 6 จังหวัด ได้โรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 24 โรงพยาบาลตามการคำนวณสัดส่วน

ขั้นตอนที่ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

(purposive sampling) ในโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จนครบจำนวน 375 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

(1) อายุ 12-21 ปี

(2) มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือ ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นทั่วไปที่มารับบริการ หรือผู้ที่มารับการรักษาจากการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจที่ได้รับการวินิจฉัยโรค

(3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย

(4) ในรายที่อายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ต้องได้รับอนุญาตจากผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายหรือผู้ปกครอง

(5) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส ศาสนา การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางจิตเวช ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว และประวัติการดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D) พัฒนาขึ้นมาโดยแรดลอฟฟ์ (Radloff, 1977) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ ตัวเลือกเกี่ยวกับความรุนแรงหรือความถี่ของอาการซึมเศร้ามี 4 ระดับ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวม มีตั้งแต่ 0-60 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้าสมควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อช่วยเหลือต่อไป

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ซึ่งแปล



เป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ คำตอบมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน โดยคะแนนรวม แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 1 ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinking) (0-7 คะแนน) ระดับ 2 ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) (8-15 คะแนน) ระดับ 3 ดื่มแบบ อันตราย (Harmful use) (16-20 คะแนน) และ ระดับ 4 ดื่มแบบติด (Alcohol dependence) (20-40 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ใน เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini international neuropsychiatric structure interview [M.I.N.I.] : Suicidality part) พัฒนาขึ้นโดยชีฮาน และคณะ (Sheehan et al., 2006) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2550) ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ เป็นคำถามแบบ Dichotomous Question มีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ คะแนน ที่ได้จะรวมกัน และจำแนกเป็นความรุนแรงของความ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3 ระดับคือ มีความเสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตายระดับน้อย (คะแนน = 1-8 คะแนน) มีความเสี่ยง ในการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (คะแนน = 9-16 คะแนน) และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับมาก (คะแนน ≥ 17 คะแนน)

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือส่วนที่ 2, 3 และ 4 มาใช้โดยไม่ ได้มีการดัดแปลงและเครื่องมือเหล่านี้ได้ผ่านการ พิจารณาตรวจสอบค่าความตรงทางเนื้อหามาแล้วซึ่งเป็นที่ ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงไม่นำมาหาค่าความเที่ยงตรงซ้ำ และ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับกลุ่ม ตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตรงกับประชากรงานวิจัย โดยนำ ไปศึกษากับวัยรุ่นที่เข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตและ จิตเวช แผนกจิตเวช ของโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัด ภาคเหนือที่ไม่ใช่โรงพยาบาลที่ทำการการศึกษา คือ โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีความ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย และคำนวณ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบ ประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมีค่าความเชื่อมั่น

เท่ากับ .91 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นมีค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และแบบประเมินปัญหาการดื่ม สุรา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะ กรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Research ID : 042-2560 / Study Code: Full-017-2560) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่าง โดยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้แทนโดยชอบ ธรรมหรือผู้ปกครองกรณีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี เพื่อทำการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการ วิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธโครงการ วิจัย ภายหลังเสร็จสิ้นทั้งแบบลงชื่อยินยอมและ แบบสอบถามจะได้รับการบรรจุลงในซองปิดผนึก โดย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความ เสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่ง ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ ประโยชน์ในการศึกษาทางวิชาการเท่านั้น ซึ่งการทำลาย ข้อมูลภายหลังจากรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นจะดำเนินการ ทำลายตามระเบียบของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกคน โดย ทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุข และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนเขตจังหวัดภาคเหนือ สังกัดกระทรวง สาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย และขออนุญาตรวบรวมข้อมูล ซึ่งจะมี กระบวนการเชื้อเชิญกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการ เข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง โดยการสอบถามความสมัครใจอย่าง อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยทุกราย หลังจากนั้น ผู้วิจัยสัมภาษณ์และมอบแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ให้ตอบด้วยตนเอง พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อใน ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ช่วงเวลาตอบแบบสอบถามใช้ เวลาประมาณ 20-30 นาที หากพบข้อมูลว่ากลุ่มตัวอย่าง



มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุรา มีภาวะซึมเศร้า หรือมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยจะขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างแจ้งข้อมูลให้พยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโดยตรง เพื่อดำเนินการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป หลังจากนั้นผู้วิจัยจะตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หากข้อมูลไม่สมบูรณ์จะส่งตัวอย่างและเก็บข้อมูลให้ได้จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา และคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) นำเสนอในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา และคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้การทดสอบด้วยโคลโมโกรอฟ-สมิรโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงเลือกใช้การทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient.)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 202 คน ร้อยละ 53.9 เพศหญิง 173 คน ร้อยละ 46.1 มีอายุระหว่าง 12-21 ปี มีอายุเฉลี่ย 18.9 (S.D. = 2.3) ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ

19-21 ปีมากที่สุดจำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 67.2 ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นพบมากที่สุดจำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 39.7 เป็นนักเรียน/นักศึกษามากที่สุด 162 คน คิดเป็นร้อยละ 43.2 และไม่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุด 156 คน คิดเป็นร้อยละ 41.6 มีสถานภาพโสดมากที่สุด 185 คน คิดเป็นร้อยละ 49.3 โดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ 345 คน คิดเป็นร้อยละ 92.0 กลุ่มตัวอย่างไม่มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย 338 คน คิดเป็นร้อยละ 90.1 และกลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางจิตเวช จำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 70.9 ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Depressive disorder), โรคจิตเภท (Schizophrenia), โรควิตกกังวล (Anxiety disorder), ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder) และ การใช้สารเสพติด (Substance dependence) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางจิตพบกลุ่มโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) มากที่สุด 90 คน คิดเป็น ร้อยละ 33.8 และไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย 236 คน คิดเป็นร้อยละ 62.9 ส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตาย 321 คน คิดเป็นร้อยละ 85.6 มีประวัติการดื่มสุรามากที่สุด 321 คน คิดเป็นร้อยละ 85.6 เลิกดื่ม 116 คน คิดเป็นร้อยละ 36.1 และระยะเวลาที่เลิกดื่มส่วนใหญ่เลิกดื่มในระยะเวลา 1 เดือน ถึง น้อยกว่า 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 48.3

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีภาวะซึมเศร้า (n = 375)

ภาวะซึมเศร้า	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	11.62	4.42	135	36.00
มีภาวะซึมเศร้า	25.45	2.88	240	64.00



จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36.00 มีคะแนนเฉลี่ย 11.62 ส่วนเบี่ยงเบน
 64.00 มีคะแนนเฉลี่ย 25.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.42 ($\bar{x}$ = 11.62, S.D. = 4.42)
 2.88 ($\bar{x}$ = 25.45, S.D. = 2.88) และไม่มีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง (n = 375)

พฤติกรรมการดื่มสุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา	54	14.40
มีพฤติกรรมการดื่มสุรา	321	85.60
ระดับพฤติกรรมการดื่มสุรา		
ดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinking)	103	31.98
ดื่มสุราแบบเสี่ยง (Hazardous drinking)	173	53.72
ดื่มสุราแบบอันตราย (Harmful use)	28	8.69
ดื่มสุราแบบติด (Alcohol dependence)	18	5.61

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มสุราจำนวน 321 คน ร้อยละ 85.60 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม
 drinking) ร้อยละ 53.72 และไม่มีพฤติกรรมการดื่มสุรา ร้อยละ 14.40
 การดื่มสุราอยู่ในระดับดื่มสุราแบบเสี่ยง (Hazardous

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (n = 375)

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	121	32.27
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	254	67.73
ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย		
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อย	128	50.40
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลาง	85	33.46
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง	41	16.14

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 50.40 และไม่มี
 ตัวตาย ร้อยละ 67.73 ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 32.27



ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่าง ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
1. ภาวะซึมเศร้า	.462**
2. พฤติกรรมการดื่มสุรา	.301**

** $p < .01$

จากตารางที่ 4 พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .462$, $p < .01$) พฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .30$, $p < .01$)

การอภิปรายผล

ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 64.00 (ตารางที่ 1) การที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่มารับบริการและเข้ามารักษาในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชร้อยละ 70.9 ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 33.8 พบว่า คล้ายคลึงกับการศึกษาของฉันทนา แรงสิงห์ (2554) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 63.3 และผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาทั่วโลกโดยพบว่า วัยรุ่นในประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง เช่น วัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30-47 (Song, Ziegler, Arsenault, Fried, & Hacker, 2011) และวัยรุ่นในประเทศศรีลังกาพบภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 57.7 (Perera, Torabi, Jayawardana, & Palleshanna, 2006) และการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.7 (จำนวน 124 คน) โดยสอดคล้องกับการศึกษาพบว่าวัยรุ่น

เพศหญิงมีส่วนของภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย และเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (สุกัญญา รักขจีสกุล, 2556) ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปรากฏการณ์ที่สอดคล้องกันทั่วโลกโดยอุบัติการณ์ที่พบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า (Santrock, 2014)

พฤติกรรมการดื่มสุราของวัยรุ่น

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มสุรา ร้อยละ 85.60 และส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบเสี่ยง (Hazardous drinking) ร้อยละ 53.72 (ตารางที่ 2) เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่มารับบริการและเข้ามารักษาในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเคยดื่มสุรา ร้อยละ 85.9 และในจำนวนนี้ยังคงดื่มสุราอยู่ ร้อยละ 63.9 พบว่า ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของเอกชัย กันธะวงศ์และคณะ (2558) พบว่าวัยรุ่นมีพฤติกรรมการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 63.6 และผลการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของชวลิต กงเพชร (2557) พบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบเสี่ยง (hazardous drinking) พบร้อยละ 26.4 พฤติกรรมการดื่มสุราแบบอันตราย (Harmful use) ร้อยละ 4.8 และมีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบติด (Alcohol dependence) ร้อยละ 2.4 นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราส่วนใหญ่ เป็นเพศชายร้อยละ 55.90 (จำนวน 180 คน) สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2555) พบว่าเพศชาย มีอัตราการดื่มสุรามากกว่าเพศหญิงประมาณ 5 เท่า ซึ่งเพศชายมีอัตราการดื่มสูงถึงร้อยละ 53.4



ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 67.73 ซึ่งในจำนวนนี้พบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 50.39 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.25 และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 16.14 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) ซึ่งการฆ่าตัวตายมีลักษณะเป็นกระบวนการ (process) บุคคลมักเริ่มต้นด้วยความคิดฆ่าตัวตายและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจนถึงขั้นฆ่าตัวตายสำเร็จในที่สุด (สายฝน เอกวรังกูร, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมทำร้ายตนเองของวัยรุ่นที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ทำร้ายตนเองเป็นครั้งแรกสูงถึงร้อยละ 69.6 (อัจฉรา ทรายู และคณะ, 2556) นอกจากนี้มีการศึกษาความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทยเป็นการสำรวจระดับชาติ พบว่า กลุ่มวัยรุ่นช่วงอายุ 15-24 ปี มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทุกระดับร้อยละ 6.7 และภาคเหนือมีอัตราความเสี่ยงรวมทุกระดับมากที่สุดร้อยละ 8.8 (หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ, 2554) นอกจากนี้ผลการศึกษาคล้ายคลึงกับรายงานการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นที่แผนกฉุกเฉินพบว่าวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี มีการพยายามฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 50.3 และอายุ 18-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.7 (Jiang et al., 2016) ซึ่งจะเห็นได้ว่าความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งผลกระทบของการฆ่าตัวตายย่อมนำมาซึ่งความเสียหายทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ (มานิช หล่อตระกูล, 2553)

ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($r = .462, p < .01$) (ตารางที่ 4) อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คือ รู้สึกหดหู่ ท้อแท้สิ้นหวังมักนำไปสู่ความคิดเรื่องการตายหรือการฆ่าตัวตายได้ (Halter, Varcarolis, & Shoemaker, 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาในวัยรุ่นที่ได้รับการ

ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยวัยรุ่น คือ กลุ่มโรคซึมเศร้า พบมากที่สุดถึงร้อยละ 14.3 (อัจฉรา ทรายู และคณะ, 2556) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของยุวรัตน์ อยู่ชา (2549) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.537, p < .05$) และคล้ายคลึงกับการศึกษาของสายฝน เอกวรังกูร และคณะ (2549) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อีกทั้งมีการศึกษาของแฮร์ริส และ บาร์ราครอป (Harris & Barraclough, 1997) วิเคราะห์รายงานการฆ่าตัวตาย 249 รายงานโดยวิธี meta-analysis ผลการศึกษาพบว่าโรคทางจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงที่สุดคือ กลุ่มโรคซึมเศร้า และใกล้เคียงกับการศึกษาของกราสิโอโล และคณะ (Grazioli et al., 2016) พบว่าภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์ทางบวกกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.226, SE = 0.104, 95\% CI [0.007, 0.422]$) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้า จึงถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญด้านการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า เครียดและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($r = .301, p < .01$) (ตารางที่ 4) อธิบายได้ว่าพฤติกรรมการดื่มสุราส่งผลกระทบต่ออารมณ์และสติสัมปชัญญะเมื่อดื่มสุราเข้าไปฤทธิ์ของสุราซึ่งมีผลลดการทำงานของสมองส่วนกลางไว้ ทำให้ความยับยั้งชั่งใจมีน้อยลงมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมาได้ (มานิช หล่อตระกูล, 2553) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของจักรชัย ดิตตะบุตร (2554) พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคล้ายคลึงกับการศึกษาของ เมอร์ฟี และ เวทเซล (Murphy & Wetzel, 1990) พบว่า ความเสี่ยงชีวิตต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในผู้ที่ติดสุราที่เป็น



ผู้ป่วยนอกอยู่ ร้อยละ 2.2 และผู้ป่วยในร้อยละ 3.4 และมีผู้ติดสุราคิดเป็นร้อยละ 25 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด การศึกษาของฮาร์ริส และ บาร์รากลอป (Harris & Barraclough, 1997) พบว่า ผู้ดื่มสุราแบบอันตรายมีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไป 5.86 เท่า ดังนั้น จากผลการศึกษาดังกล่าว อธิบายได้ว่าพฤติกรรมการดื่มสุราและการฆ่าตัวตายนั้นมีความสัมพันธ์กันทั้งในแง่ที่ความผิดปกติทางสารเคมีในสมองทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการติดสุราและการฆ่าตัวตาย หรืออาจมีสาเหตุจากปัจจัยจากสภาพแวดล้อม ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเพศชายที่ดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อย (Hawton, Simkin, & Fagg, 1997)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบทั้งภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีระดับสูง จึงควรมีการคัดกรองเพื่อเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมในกลุ่มวัยรุ่น ณ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือต่อไป
2. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยพบว่าภาวะซึมเศร้ามี

ความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น ณ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือ จึงเป็นแนวทางที่จำเป็นสำหรับบุคลากรในการวางแผนป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยจัดการกับภาวะซึมเศร้า

3. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการดื่มสุรามีความสัมพันธ์ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น ณ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดภาคเหนือจึงเป็นแนวทางที่จำเป็นสำหรับบุคลากรในการวางแผนป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยจัดการกับพฤติกรรมการดื่มสุรา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรทั้ง 2 คือ ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นจากตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปร

เอกสารอ้างอิง

- Assanangkornchai, S., Hmuktong, A., & Inthanon T., (2008). *A surveillance of drinking behaviors and other health-risk behaviours among high school students in thailand*. Bangkok: Pimdee company. (InThai)
- Akwarangkoon, S., Petsirason, R., & Noonill, N., (2006). Relationships between Depression and Suicide Risk among High school Thai student in Nakhon Si Thammarat Province. *Thai Journal of Nursing*, 55(1-4), 31-42. (InThai)
- Akwarangkoon, S. (Editor). (2015). *Psychiatric-mental health nursing and art to Practice 1*. Mahawithayalai Walailak: Time Printing. (InThai)
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press. (InThai)
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of affective disorders*, 72(3), 227-236. (InThai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2016). *The report of the suicidal rate inThailand (The rate per hundred thousand population) Revised 1997-2015*. Retrieved from <https://www.suicidethai.com/report/> (InThai)



- Ditsayabut, S. (2007). *Psychiatric and Mental Health Nursing*. Si Sa Ket: Faculty of Nursing, Chulermkarnchana University. (InThai)
- Gau, S. S. F., Chen, Y. Y., Tsai, F. J., Lee, M. B., Chiu, Y. N., Soong, W. T., & Hwu, H. G. (2008). Risk factors for suicide in Taiwanese college students. *Journal of American College Health*, 57(2), 135-142.
- Gau, S. S. F., Chen, Y. Y., Tsai, F. J., Lee, M. B., Chiu, Y. N., Soong, W. T., & Hwu, H. G. (2008). Risk factors for suicide in Taiwanese college students. *Journal of American College Health*, 57(2), 135-142. (InThai)
- Grazioli, V., Studer, J., Bagge, C., Rougemont-Bucking, A., Mohler-Kuo, M., Daeppen, J. B., & Gmel, G. (2016). *Depression, Alcohol use and Coping Drinking Motives: Examining Various Pathways Related to Suicide Attempt Among Young Men*. *Sucht*, 62(Supplement 1), 183.
- Halter, J. H., Varcacolis, E. M., & Shoemaker, N. C. (2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*, 212-245. (InThai)
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205-228. (InThai)
- Hawton, K., Simkin, S., & Fagg, J. (1997). Deliberate selfharm in alcohol and drug misusers: patient characteristics and patterns of clinical care. *Drug and alcohol review*, 16(2), 123-129. (InThai)
- Halter, J. H., Varcacolis, E. M., & Shoemaker, N. C. (2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*, 212-245.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205-228.
- Jiang, Y., Pearlman, D. N., Hill, J., & Viner-Brown, S. (2016). Surveillance of suicide and suicide attempts among Rhode Island youth using multiple data sources. *Rhode Island medical journal* (2013), 99(12), 53-56. (InThai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Table for determining sample size from a given population. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Table for determining sample size from a given population. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610. (InThai)
- Kantawong, E., Lirtmunlikaporn, S., & Unahalekhaka, A. (2015). Development of Alcohol Drinking Prevention among Secondary School Students Using School Participation. *Nursing Journal*, 42(3), 135-146. (InThai)
- Kongpet, Ch. (2012). *Prevalence behavior and impact of alcohol consumption in undergraduated female students: a study in selected Technical College*. A thesis submit of the graduate school in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in community health development. Graduate school, Khon Kaen University. (InThai)
- Lotrakul, M. (2014). Suicide in Thailand between 1998 and 2002. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 48(1), 251-259.



- Murphy, G. E., & Wetzel, R. D. (1990). The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of general psychiatry*, 47(4), 383-392. (InThai)
- National Statistical Office. (2007). *Presentation of data from a survey smoking and alcohol drinking in 2007*. Retrieved from http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/servey/smorkeExe_50.pdf (InThai)
- National Center For Suicide Prevention. (2016). The report of the suicidal attempt rate in Thailand. Retrieved from https://www.suicidethai.com/report/dmh/age_506s.asp (InThai)
- Perera, B., Torabi, M. R., Jayawardana, G., & Pallethanna, N. (2006). Depressive symptoms among adolescents in Sri Lanka: Prevalence and behavioral correlates. *Journal of Adolescent Health*, 39(1), 144-146. (InThai)
- Reangsing, Ch. (2011). Predictive Factors Influence Depression among Secondary School Students, Regional Education Office, Chiang Rai Province. *Thai Journal of Nursing Council*, 26(2), 42-56. (InThai)
- Rukkhajeekul, S. (2013). Depression and Suicidal Behaviors among Naresuan University Students. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 58(4), 359-370. (InThai)
- Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review/American Academy of Pediatrics*, 34(8), 354-358.
- Song, S. J., Ziegler, R., Arsenaault, L., Fried, L. E., & Hacker, K. (2011). Asian student depression in American high schools: Differences in risk factors. *Journal of School Nursing*, 27(6), 455-462.
- Srisatidnarakul, B. (2007). *The methodology in nursing research*. (Edition 4th). Bangkok: U & I inter media. (InThai)
- Sriruenthong, W., Kongsuk, Th., Pangchun, W., Kittirattanapaiboon, P., Kenbubpha, K., Yingyeun, R., Sukawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2011). The Suicidality in Thai population: A National survey. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 56(4), 413-424. (InThai)
- Sanders, R. A. (2013). Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatrics in Review/American Academy of Pediatrics*, 34(8), 354-358. (InThai)
- Santrock, J. W. (2014). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill Education. (InThai)
- Song, S. J., Ziegler, R., Arsenaault, L., Fried, L. E., & Hacker, K. (2011). Asian student depression in American high schools: Differences in risk factors. *Journal of School Nursing*, 27(6), 455-462. (InThai)
- Tittabut, J. (2005). *Situation analysis of adolescent attempted suicide in Chaiprakarn District Chiang Mai Province Thailand*. A thesis submit of the graduate school in partial fulfillment of the requirements for the degree Master of Public health College of Public health Sciences. Graduate school, Chulalongkorn University. (InThai)
- Trachoe, A., Kaewpornsawan, T., & Punyapas, S. (2013). Suicidal behavior in children and adolescents who received treatment at Siriraj Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 58(4), 323-332. (InThai)



- Wasserman, D., Cheng, Q. I., & Jiang, G. X. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, 4(2), 114-120. (InThai)
- World Health Organization. (2013). *Suicide prevention (SUPRE)*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ (InThai)
- World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. (1 ed.). France: WHO Library Cataloguing. (InThai)
- Wasserman, D., Cheng, Q. I., & Jiang, G. X. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, 4(2), 114-120.
- World Health Organization. (2013). *Suicide prevention (SUPRE)*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. (1^{ed}.). France: WHO Library Cataloguing.