



## Alcohol Drinking Patterns and Suicidal Risks of Clients Receiving Services

### at Mental Health and Psychiatric Clinics\*

### แบบแผนการดื่มสุราและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการ ที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช\*

|           |                |          |                  |
|-----------|----------------|----------|------------------|
| ภัทรินทร์ | ศรีนอร์**      | Pattarin | Srinor**         |
| สมบัติ    | สกุลพรรณ***    | Sombat   | Skulphan***      |
| हररषष     | เศรฐฐฐฐปฬष**** | Hunsa    | Sethabouppha**** |

#### Abstract

Suicide is a major mental health and psychiatric problem with incidents across all regions of the world including Thailand. This problem causes a massive loss of human resources and affects the people surrounding the person with the problem. Drinking alcohol is one factor related to suicidal risk. The purpose of this descriptive correlational research was to study the relationship between alcohol drinking patterns and suicidal risk of clients receiving services at mental health and psychiatric clinics. Participants included 378 clients between 25-59 years old who received services at mental health and psychiatric clinics in community hospitals located in Northeast Thailand. The research instruments consisted of personal questionnaires, the Alcohol Use Identification Test (AUDIT), and the Mini International Neuropsychiatric Structured Interview [M.I.N.I.] for suicidality. The data were analyzed by descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that

1. Most of the participants (69.3%) had alcohol drinking patterns, which could be divided into four patterns: low-risk drinking (57.3%), hazardous drinking (21.8%), harmful drinking (6.5%), and dependence drinking (14.5%).
2. Some participants (33.1%) experienced suicidal risk, which could be divided into the following levels: low risk (80%), moderate risk (13.6%), and high risk (6.4%).
3. There was no statistically significant relationship between suicidal risk and any of the four alcohol drinking patterns.

Mental health staff at community hospitals should screen clients for alcohol drinking problems and suicidal risk in order to develop problem prevention guidelines for clients in the healthcare system.

**Keywords:** Alcohol drinking patterns; Suicidal risks; Clients; Mental health and psychiatric clinic

\* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

\*\* Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: pattarin.cmu5863@gmail.com

\*\*\* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

\*\*\*\* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 20 October 2017; Revised 15 December 2017; Accepted 16 January 2018



## บทคัดย่อ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญ มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นทั่วทุกภูมิภาคของโลก รวมถึงประเทศไทย เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรบุคคลเป็นจำนวนมาก และยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง การดื่มสุรานั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดื่มสุรา และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีอายุตั้งแต่ 25 - 59 ปี จำนวน 378 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) และแบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Spearman rank correlation coefficient

### ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มสุราร้อยละ 69.3 สามารถแบ่งได้เป็น 4 แบบแผน คือ การดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำร้อยละ 57.3 แบบเสี่ยงร้อยละ 21.8 แบบอันตรายร้อยละ 6.5 และแบบแผนการดื่มสุราแบบติด ร้อยละ 14.5
2. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.1 มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย แบ่งได้เป็น ผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระดับน้อยร้อยละ 80.0 ระดับปานกลางร้อยละ 13.6 และระดับรุนแรงร้อยละ 6.4
3. แบบแผนการดื่มสุราทั้ง 4 แบบแผนไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุคลากรด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชนควรวางแผนคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการ เพื่อหาแนวทางในการเฝ้าระวังปัญหาในกลุ่มผู้มารับบริการในระบบสุขภาพต่อไป

**คำสำคัญ:** แบบแผนการดื่มสุรา ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ผู้รับบริการ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\* ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: pattarin.cmu5863@gmail.com

\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\*\*\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่รุนแรง และมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นทั่วทุกภูมิภาคของโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี ค.ศ. 2012 ประชากรมากกว่า 800,000 คน ทั่วโลกเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 1.4 และในปี ค.ศ. 2020 จำนวนประชากรที่ฆ่าตัวตายจะเพิ่มมากขึ้นเป็นปีละ 1.5 ล้านคนโดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งผู้ชายจะมีการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงถึงสามเท่า และร้อยละ 86 ของบุคคลที่ฆ่าตัวตายมีอายุต่ำกว่า 70 ปี (World Health Organization, 2013) จากการรายงานของศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติของประเทศไทย (National Center For Suicide Prevention, 2016) พบว่าในปี พ.ศ. 2558 มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 6.47 รายต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นปีที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในรอบ 10 ปี เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2557 ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 6.07 รายต่อแสนประชากร สำหรับในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตาย 6.35 รายต่อแสนประชากร โดยรวมแล้วจะพบอัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุดจะอยู่ในช่วง 20-59 ปี เมื่อพิจารณาตามภูมิภาคแล้วพบว่า ในปี พ.ศ. 2558 และปี พ.ศ. 2559 ภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดที่ 10.59 และ 10.16 รายต่อแสนประชากร รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายที่ 6.11 และ 5.36 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ (National Center For Suicide Prevention, 2015, 2016)

ในปีงบประมาณ 2559 มีรายงานถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรที่พยายามฆ่าตัวตายพบว่า มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จคิดเป็นร้อยละ 14.85 และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จร้อยละ 85.15 ซึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดร้อยละ 42.3 รองลงมาคือภาคเหนือ และภาคกลาง ร้อยละ 23.2 และ ร้อยละ 13.8 ตามลำดับ โดยพฤติกรรมส่วนบุคคลของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 16.9 คือ พฤติกรรมการติดสุรา (National Center For Suicide Prevention, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเมื่อมีการฆ่าตัวตาย 1 คน จะมีผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน เช่น บุคคลรอบข้าง ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท กลุ่มคนเหล่านี้จะมีปัญหาเรื่องการปรับตัว ปัญหาความเครียดจากการสูญเสียคนใกล้ชิดอย่างกะทันหันจากการฆ่าตัวตาย และอาจส่งผลกระทบนานถึง 4 ปี (Lotrakul, 2010) ในผู้ที่กระทำการฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จนั้น ต้องกลับมาเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้น ก่อให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขและปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา (Lotrakul & Sukanich, 2015) จากผลกระทบของการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นได้มีการให้การช่วยเหลือและแก้ไขจากหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน ทั้งการพัฒนาวิชาการ การถ่ายทอดองค์ความรู้ และพัฒนาระบบบริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมและการดูแลอย่างต่อเนื่อง การเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ทั้งเรื่องโรค สาเหตุ วิธีการรักษา การรับรู้การเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง การเข้าถึงแหล่งข้อมูลและแหล่งช่วยเหลือ แนวทางการช่วยเหลือที่กล่าวมานั้นมีการมุ่งเน้นพัฒนาที่ระบบบริการและบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นหลัก ควรมีการบูรณาการให้การช่วยเหลือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยการลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้รับบริการโดยตรง (Department of Mental Health, 2016)

ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย หมายถึง การมีความคิด มีการวางแผนในการฆ่าตัวตาย หรือมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความพยายามในการทำร้าย (Tawee Tangseree et al., 2003; Beck, Steer & Ranieri, 1988) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายนี้นั้นมีหลายด้าน เช่น ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านอื่น ๆ และปัจจัยส่วนบุคคล (Lotrakul, 2010; Sitdthiraksa, 2015; Sriruenthong et al, 2011; Khamma, 2013; Patanavanichanun, Kessomboon & Sirivattana, 2008)



พฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นปัญหาวิกฤติและเรื้อรังของระบบสาธารณสุขไทยและอาจมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเนื่องจากสุราส่งผลให้การทำงานของร่างกายและจิตใจบกพร่อง โดยระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดที่เพิ่มขึ้นนั้นจะมีผลต่อระดับความรุนแรงของความผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจ (Assanangkornchai & Arunpongpaian, 2014; Treeprasertsuk, 2007) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แบ่งแบบแผนการดื่มสุราออกเป็น 4 แบบ ตามระดับของปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา ประกอบด้วย 1) การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ 2) การดื่มแบบเสี่ยง 3) การดื่มแบบอันตราย และ 4) การดื่มแบบติด (Silpakit & Kittirattanapaiboon, 2009) แบบแผนการดื่มที่แตกต่างกันจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจที่ต่างกันทำให้เกิดความยับยั้งชั่งใจ ขาดสมาธิในการควบคุมตนเอง การตัดสินใจบกพร่อง ก้าวร้าว มีพฤติกรรมรุนแรงหันเหไปทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และการแก้ไขปัญหาก็แตกต่างกันออกไปตามแบบแผนการดื่ม (Keiwkingkaew, 2011) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองในระดับที่แตกต่างกัน ตามลักษณะของการดื่มสุรา (Lotrakul, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นอย่างมากจากความผิดปกติของการใช้สารเสพติดชนิดอื่น (Schneider, 2009) และมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุรากับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย พบว่าการดื่มสุราในปริมาณที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่ต่างกัน ผู้ที่มีประวัติการดื่มอย่างหนักมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ดื่มในระดับปานกลางถึง 3 เท่า และผู้ที่ดื่มแบบติดมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายถึง 6 เท่า (Yaldizli, Kuhl, Graf, Wiesbeck, & Wurst, 2010) จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของอัตราการฆ่าตัวตายต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศรัสเซียในปี 1985-1999 พบว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีบทบาทอย่างมากต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรชาวรัสเซีย โดยเฉพาะในเพศชาย โดยในปี 1991-1994 พบการเปลี่ยนแปลงของระดับการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเปลี่ยนแปลงระดับการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับที่สูง ( $r = 0.98$ ) (Alexander, 2003)

ในประเทศไทยมีการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของ ยุวรัตน์ อยู่ชา (2007) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของนักเรียนมีทั้งหมด 9 ปัจจัย ซึ่งการใช้สุราและสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในระดับต่ำ ( $r = 0.179$ ) โดยการศึกษาของ จุฑามาศ หน่อต้น, ชนากานต์ เจริญใจ, และ ชิดชนก เรือนก้อน (Nortun, Jenjai, & Ruengorn, 2016) พบว่าการดื่มสุราขาวเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดในการฆ่าตัวตาย (adjusted OR = 3.10 95% CI; 1.33-7.20, p-value = 0.009) และการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่น อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-Square 10.000, p-value 0.019) (Tittabut, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมเชิงลึกเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นของ สุพัตรา สุขาวาท และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (Sukhawaha and Arunpongpaian, 2017) พบว่าผู้ที่ติดสุรามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายถึง 5 เท่า และผู้ที่ใช้สุรามีความคิดในการฆ่าตัวตาย 2.32 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปทานนท์ ขวัญสนิท (Kwansanit, 2011) พบว่าผู้ติดสุราประมาณร้อยละ 26 มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายและผู้ที่ดื่มสุรามีความเสี่ยงต่อการพยายามทำร้ายตนเอง 3.697 เท่าของกลุ่มอื่น และจะเพิ่มความเสี่ยงเกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายไม่ว่าจะเป็น ความคิดฆ่าตัวตาย ความพยายามฆ่าตัวตาย หรือการการตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไป จะเห็นได้ว่าการพยายามฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราแม้เพียงระยะสั้นหรือเข้าเกณฑ์ภาวะติดสุรา ซึ่งบุคคลที่มีความเสี่ยงที่แตกต่างกันควรได้รับการดูแลที่แตกต่างกันออกไป ดังเช่นการศึกษาถึงความต้องการการช่วยเหลือของกลุ่มผู้ติดสุราโดย ภัทราจิตต์ ศักดา และคณะ (Sakda et al, 2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ติดสุราที่บำบัดรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ป่วยติดสุราที่พยายาม





ฆ่าตัวตายมีความต้องการในการช่วยเหลือด้านสุขภาพ 4 ประการ ได้แก่ ช่วยเหลือให้หายจากโรค ช่วยให้จิตใจเข้มแข็ง ช่วยหาวิธีในการเลิกเหล้าได้ ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจ และช่วยให้คำปรึกษาหลังจากออกจากโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม แสดงให้เห็นว่าการดื่มสุราในปริมาณที่แตกต่างกัน ส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่แตกต่างกันออกไป เนื่องจากระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดที่เพิ่มขึ้นจะมีผลกระทบต่อความรุนแรงของความผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าแบบแผนการดื่มสุราในกลุ่มผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชแต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เนื่องจากพบเพียงข้อมูลการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป และในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแล้ว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดื่มสุราและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์สำหรับการนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงานการป้องกัน แก้ไขปัญหา และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่ดื่มสุราในแต่ละแบบแผนได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทที่แตกต่างกันออกไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนการดื่มสุราของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช
2. เพื่อศึกษาความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดื่มสุรากับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจะนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นปัญหาระดับสากลที่มีแนวโน้มของปัญหาเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่ถือเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นปัจจัยที่น่าสนใจที่จะทำการศึกษาได้แก่ แบบแผนการดื่มสุรา โดยจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ ปทานนท์ ขวัญสนิท (Kwansanit, 2011) พบว่าปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ สารสื่อประสาท GABA, Serotonin และ Glutamate มีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ที่ดื่มสุรา และจากการศึกษาทางประสาทชีววิทยาด้านพฤติกรรมในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการพร่องของสาร Serotonin ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงระดับสูงของการฆ่าตัวตายสำเร็จ และการทำหน้าที่ผิดปกติของ Dopamine อาจเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมในการฆ่าตัวตายจากการดื่มสุรา การวิจัยในครั้งนี้ใช้แนวคิดการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) ตามแนวคิดการจำแนกโรคทางจิตเวช (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ที่ประกอบด้วยความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal idea) การวางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan) และการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt)

สำหรับพฤติกรรมในการดื่มสุรานั้น สามารถแบ่งแบบแผนการดื่มสุราออกเป็น 4 แบบแผน ตามการกำหนดขององค์การอนามัยโลก (2001) ได้แก่ การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ การดื่มแบบเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย และ การดื่มแบบติด การดื่มสุราในแต่ละแบบแผนอาจส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรงรุนแรง หุนหันพลันแล่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ขาดการยับยั้งชั่งใจ ขาดสมาธิในการควบคุมตนเอง การตัดสินใจบกพร่อง ขาดทักษะในการปรับตัวและการแก้ไขปัญหา และระดับความรุนแรงของการเกิดพฤติกรรมดังกล่าวอาจจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณ



แอลกอฮอล์ในกระแสเลือดได้ การดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ แบบเสี่ยง แบบอันตราย และแบบติด อาจจะเกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่ต่างกันหรือไม่อย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนการดื่มสุราและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ในการช่วยเหลือป้องกันปัญหาในผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) โดยทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดื่มสุรา และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับบริการที่มีอายุตั้งแต่ 25- 59 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 21,157 ราย (Ministry of Public Health, 2016)

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 25-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) สามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่านและเขียนด้วยภาษาไทยได้ และ 3) สนใจเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติดังกล่าว

ขนาดกลุ่มตัวอย่างนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการคำนวณโดยใช้สูตรของ เครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยใช้ อัตราส่วน 3 : 1 (Srisatidnarakul, 2007) สุ่มจังหวัดจากแต่ละเขตบริการสุขภาพ ได้ 6 จังหวัด คือ มหาสารคาม สกลนคร เลย สุรินทร์ ยโสธร และศรีสะเกษ จากนั้นสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัดตามอัตราส่วนดังกล่าวได้ 24 โรงพยาบาล แล้วทำการสุ่มตัวแทนโรงพยาบาลตามขนาดของโรงพยาบาล ได้ 8 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาล พยัคฆภูมิพิสัย โรงพยาบาลรัตนบุรี โรงพยาบาลพังโคน โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง โรงพยาบาลลำโรงท่า โรงพยาบาลกาบเชิง และโรงพยาบาลเชียงยืน หลังจากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด จากการคำนวณสัดส่วนประชากรผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในแต่ละโรงพยาบาล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 378 ราย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความพึงพอใจของรายได้ในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ประวัติการดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) พัฒนาขึ้นโดย องค์การอนามัยโลก (2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปิรทรรศ ศิลปกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (Silpakit, Kittirattanapaiboon, 2009) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งจำแนกแบบแผนการดื่มตามระดับคะแนนได้ 4 แบบแผน (World Health Organization, 2001) ดังนี้ 0 – 7 คะแนน การดื่มแบบเสี่ยงต่ำ, 8 – 15 คะแนน การดื่มแบบเสี่ยง, 16 – 19 คะแนน การดื่มแบบอันตราย, และ  $\geq 20$  คะแนน การดื่มแบบติด

หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.88 มีค่าความไว (sensitivity) = 0.95 ค่าความจำเพาะ (specificity) = 0.80 เนื่องจากเป็นแบบประเมินฉบับเดิมทั้งหมด ไม่มีการดัดแปลงเนื้อหา



ส่วนใด เป็นแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับและนิยมใช้ และผ่านการพิจารณาตรวจสอบค่าความตรงทางเนื้อหามาแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินนี้

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้ส่วนของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicidality) จากเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (M.I.N.I.) ของ ซีฮาน และคณะ (Sheehan et al, 2006) ฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (Kittirattanapaiboon et al., 2007) ซึ่งผู้วิจัยได้รับการฝึกใช้ เครื่องมือจากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการใช้เครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย คำถาม 9 ข้อ จำแนกความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 3 ระดับ (Kittirattanapaiboon et al., 2007) ดังนี้ ระดับน้อย มีค่าคะแนน 1-8 คะแนน ระดับปานกลาง มีค่าคะแนน 9-16 คะแนน ระดับรุนแรง มีค่าคะแนน  $\geq 17$  คะแนน

หาค่า interrater reliability กับจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ค่า เท่ากับ 100% หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.84 มีค่าความไว (sensitivity) = 0.96 ค่าความจำเพาะ (specificity) = 0.91 (Kittirattanapaiboon et al., 2007) เนื่องจากเป็น แบบประเมินฉบับเดิมทั้งหมดไม่มีการดัดแปลงเนื้อหา ส่วนใด เป็นแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับและนิยมใช้ และผ่านการพิจารณาตรวจสอบค่าความตรงทางเนื้อหามาแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินนี้

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีการทำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผ่านความเห็นชอบแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าไปแนะนำตัวกับเจ้าหน้าที่ใน คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช และแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับการ การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการปฏิเสธหรือเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและมีการนำเสนอผลใน ภาพรวม ในการบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย ด้วยตนเองตามความสมัครใจ และให้กลุ่มตัวอย่างทำการลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยได้ขอ อนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการแจ้งข้อมูลความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัญหาการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างให้ เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกที่เกี่ยวข้องโดยตรง เพื่อดำเนินการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้นำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ ถึงหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวม ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยประสานงานไปยังเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก และไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ทำการ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยได้ให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยอ่านข้อ คำถามให้ฟัง และอาสาสมัครตอบคำถามเป็นรายข้อ ใช้เวลาสอบถามประมาณ 15-30 นาที เมื่อสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยได้แจ้งเจ้าหน้าที่ เพื่อให้อาสาสมัครได้รับการบริการของคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชตามขั้นตอนต่อไป ผู้วิจัย นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้วมาลงข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้วิธีการทางสถิติ การแจกแจงความถี่ การหา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าร้อยละ และสถิติ Spearman rank correlation coefficient

**ผลการวิจัย****1. ข้อมูลทั่วไป**

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 220 คน คิดเป็นร้อยละ 58.2 และเพศหญิง 158 คน คิดเป็นร้อยละ 41.8 มีอายุระหว่าง 25-59 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 35-44 ปี มากที่สุด จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 36.8 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดจำนวน 374 คน คิดเป็นร้อยละ 98.9 มีสถานภาพโสดมากที่สุดจำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 46 และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ประถมศึกษามากที่สุด 218 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.2 และมีรายได้เพียงพอสำหรับใช้จ่ายเท่านั้นมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.1 กลุ่มตัวอย่างไม่มีการเจ็บป่วยทางกาย 341 คน คิดเป็นร้อยละ 90.2 และเจ็บป่วยทางกาย 37 คน คิดเป็นร้อยละ 9.8 และมีการเจ็บป่วยทางจิตเวชด้วยโรค Schizophrenia มากที่สุด 215 คน คิดเป็นร้อยละ 56.9 ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย 303 คน คิดเป็นร้อยละ 80.2 มีประวัติเคยดื่มสุรามากที่สุด 262 คน คิดเป็นร้อยละ 69.3 และปัจจุบันยังคงดื่มอยู่ 92 คน คิดเป็นร้อยละ 24.3

**2. ข้อมูลแบบแผนการดื่มสุรา**

กลุ่มตัวอย่างมีการดื่มสุราจำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 69.3 ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 57.3 และไม่เคยดื่มสุราจำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 30.7 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแบบแผนการดื่มสุรา (n = 378)

| แบบแผนการดื่มสุรา             | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-------------------------------|------------|--------|
| ไม่เคยดื่มสุรา                | 116        | 30.7   |
| ดื่มสุรา                      | 262        | 69.3   |
| แบบแผนการดื่มสุรา             |            |        |
| แบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ | 150        | 57.3   |
| แบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยง    | 57         | 21.8   |
| แบบแผนการดื่มสุราแบบอันตราย   | 17         | 6.5    |
| แบบแผนการดื่มสุราแบบติด       | 38         | 14.5   |

**3. ข้อมูลความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย**

กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 33.1 โดยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระดับน้อย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.0 และไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 66.9 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (n = 378)

| ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย                 | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|------------------------------------------|------------|--------|
| ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย            | 253        | 66.9   |
| มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย               | 125        | 33.1   |
| ระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย            |            |        |
| ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นระดับน้อย    | 100        | 80.0   |
| ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นระดับปานกลาง | 17         | 13.6   |
| ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นระดับสูง     | 8          | 6.4    |



**4. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดื่มสุราและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย**

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าแบบแผนการดื่มสุราทั้ง 4 แบบแผนไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่า Spearman rank correlation coefficient ระหว่างแบบแผนการดื่มสุราและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง

| ตัวแปร                        | ค่า Spearman rank<br>correlation coefficient<br>ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย | P-value |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------|
| แบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ | -.074                                                                    | .367    |
| แบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยง    | -.120                                                                    | .374    |
| แบบแผนการดื่มสุราแบบอันตราย   | -.122                                                                    | .641    |
| แบบแผนการดื่มสุราแบบติด       | -.101                                                                    | .546    |

**การอภิปรายผล**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดื่มสุรา และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 378 ราย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

**1. แบบแผนการดื่มสุราของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช**

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มสุราร้อยละ 69.3 โดยส่วนใหญ่มีแบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 57.3 ดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 21.8 ดื่มแบบติด ร้อยละ 14.5 และดื่มแบบอันตราย ร้อยละ 6.5 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ สาวิตรี อัสณางค์กรชัย และคณะ (Assanangkornchai et al., 2009) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนการดื่มสุราในประเทศไทย พบว่าประชากรชายมีการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ ถึงร้อยละ 65.7 และรองลงมาคือ แบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยง ร้อยละ 28.0 และการศึกษาของ ญัฐธิดา จุมปา และคณะ (Jumpa et al., 2017) ที่ทำการศึกษาถึงบริบทและแบบแผนการดื่มสุราของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่จังหวัดเชียงราย พบว่าแรงงานข้ามชาติชาวพม่ามีพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยง แบบเสี่ยงต่ำ แบบอันตราย และแบบติด ร้อยละ 63.64, 20.78, 10.13 และ 5.45 ตามลำดับ และการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ด้านความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต และการเข้ารับบริการ ในปี 2556 พบความชุกของการดื่มสุราสูงที่สุดทั้งด้านความชุกชั่วชีวิตและความชุก 12 เดือน ซึ่งพบความชุกของพฤติกรรมการดื่มสุราแบบ alcohol abuse ร้อยละ 3.5 และพบความชุกของการดื่ม แบบ alcohol dependence ร้อยละ 1.8 และยังพบว่าผู้ที่มีโรคจิตเวชหรือความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดเข้ารับบริการใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 11.5 โดยในกลุ่มนี้พบผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุราร้อยละ 3.2 (Kittirattanapaiboon et al., 2016) เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าผู้รับบริการร้อยละ 100 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชโดยพบผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดมีเพียงร้อยละ 9.8 จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการดื่มสุราของประชากรทั่วไปและผู้ป่วยทางจิตเวชส่วนมากแล้วนั้นมีรูปแบบการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ และพบรูปแบบการดื่มแบบติดค่อนข้างน้อยกว่าจำนวนรูปแบบการดื่มทั้งหมด



## 2. ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 66.9 มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 33.1 ซึ่งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายนี้นับว่ามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระดับน้อยมากที่สุด ร้อยละ 80.0 ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง ร้อยละ 13.6 และมีความเสี่ยงในระดับสูง ร้อยละ 6.4 ผลการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ (Sriruenthong et al., 2011) ที่พบความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย มากที่สุดร้อยละ 6.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.6 และระดับสูง ร้อยละ 0.7 และการศึกษาของ พัชร พรหมทับ (Promthub, 2010) ที่ทำการศึกษาค่าความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยพบระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระดับน้อย ร้อยละ 67.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 18 ระดับสูง ร้อยละ 9.3 และระดับสูงมาก ร้อยละ 5.2 และจากการศึกษาของ สลิพร แสนไชย (Saenchai, 2006) ที่ทำการศึกษาค่าความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์ร้อยละ 100 มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยพบความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายตั้งแต่ระดับน้อยถึงระดับสูงมาก โดยมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย ร้อยละ 44.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.1 ระดับสูง ร้อยละ 15.3 และระดับสูงมาก ร้อยละ 14.8 จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายพบกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระดับต่ำมากที่สุดและพบกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระดับสูงมากมีจำนวนน้อยที่สุด

## 3. แบบแผนการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า แบบแผนการดื่มสุราทั้ง 4 แบบแผน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยพบว่า แบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยงต่ำ มีค่า  $r = -.074$ ,  $sig = .367$ , แบบแผนการดื่มสุราแบบเสี่ยง มีค่า  $r = -.120$ ,  $sig = .374$ , แบบแผนการดื่มสุราแบบอันตราย มีค่า  $r = -.122$ ,  $sig = .641$ , และแบบแผนการดื่มสุราแบบติด มีค่า  $r = -.101$ ,  $sig = .546$ , ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดื่มสุราและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มผู้รับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่นการศึกษาทางระบาดวิทยาของอัตราการฆ่าตัวตายต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยในปี 1985-1999 พบว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีบทบาทอย่างมากต่ออัตราการฆ่าตัวตายของประชากรชาวรัสเซีย โดยเฉพาะในเพศชาย โดยในปี 1991-1994 พบการเปลี่ยนแปลงของระดับการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเปลี่ยนแปลงระดับการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับที่สูง ( $r = 0.98$ ) (Alexander, 2003) และการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าการใช้สุราและสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในระดับต่ำ และการดื่มสุราขาวเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดในการฆ่าตัวตาย (Nortun et al., 2016) และจากการทบทวนองค์ความรู้เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและการฆ่าตัวตาย พบว่าร้อยละ 50 ของการฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด (substance abuse) และในจำนวนนี้พบผู้ติดสุราประมาณร้อยละ 26 และมีการศึกษาคนที่พยายามฆ่าตัวตายที่รักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่าคนที่มีการติดสุรามีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนที่ไม่มีภาวะติดสุราถึง 75 เท่า

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคจากการดื่มสุรา (alcohol use disorder) จะเพิ่มความเสี่ยงเป็น 9.8 เท่า และการดื่มสุราอย่างหนักจะเพิ่มความเสี่ยงเป็น 3.5 เท่า ในขณะเดียวกันก็พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โรคจากการดื่มสุรา หรือทั้งสองโรคร่วมกัน มีการสันนิษฐานว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า และมีประวัติการติดสุรามักจะมีความคิดทำร้ายตนเองมากขึ้น (Kwansanit, 2011) จากผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมานั้นจะเห็นได้ว่าการ



ฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างที่มีรูปแบบการดื่มสุราแบบติดเพียงร้อยละ 14.5 มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช ส่วนมากพบเป็นผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 58.2 และพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพียง 12.7 ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้อาจมีผลต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้รับบริการที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อาการทางจิตสงบลงแล้ว ไม่มีอาการหูแว่ว หรือภาพหลอน โดยมีงานวิจัยของ จีระพรรณ สุริยงค์ และคณะ (Suriyong, 2014) ที่ทำการศึกษาความชุกปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 67.6 และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย ร้อยละ 24.3

อีกหนึ่งปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย คือ การมีประวัติในการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่เคยมีประวัติในการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนถึงร้อยละ 80.2 และเคยพยายามฆ่าตัวตายเพียงร้อยละ 19.8 และในส่วนของข้อมูลส่วนบุคคลที่แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้มีลักษณะที่ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหรือมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระดับน้อย ทั้งเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช และประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย อีกทั้งจากผลการวิจัยในครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างที่มีแบบแผนการดื่มสุราแบบติด ที่อาจจะมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพียงร้อยละ 14.5 เท่านั้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจมีส่วนสำคัญต่อผลการวิจัยที่พบว่า แบบแผนการดื่มสุราทั้ง 4 แบบแผน ไม่มีความสัมพันธ์ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ของผู้รับบริการที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายนั้นมีหลายด้าน ที่ยังไม่ได้ทำการศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ เช่น ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ทักษะในการปรับตัว การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การมีความคิดแบบสุดขั้ว มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น การขาดความยืดหยุ่น ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว การเลี้ยงดู ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมการเลียนแบบ ปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ การรับข้อมูลข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต เป็นต้น (Lotrakul, 2010; Sitdthiraksa, 2015; Siruenthong et al, 2011; Khamma, 2013; Patanavanichanun, Kessomboon & Sirivattana, 2008)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มผู้รับบริการในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดื่มสุราทั้งการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ แบบเสี่ยง แบบอันตราย และแบบติด ดังนั้นควรมีการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราในผู้มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดูแลและให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

2. จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้รับบริการในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 33.1 ซึ่งถือเป็นปัญหาที่สำคัญ ดังนั้นควรมีการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่มารับบริการเพื่อการส่งต่อและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาตัวแปรอื่นที่น่าสนใจเกี่ยวกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้รับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น ทักษะในการปรับตัว การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การมีความคิดแบบสุดขั้ว พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น การขาดความยืดหยุ่น ลักษณะของครอบครัว การเลี้ยงดู เป็นต้น



## References

- Alexander Nemtsov. (2003). Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965–1999. *Drug and Alcohol Dependence*, 71(2). 161-168.
- Assanangkornchai, S., Hmuktong, A., & Inthanon T., (2009). *A surveillance of drinking behaviors and other health-risk behaviors among high school students in Thailand*. Bangkok: Pimdee. (in Thai)
- Assanangkornchai, S. & Arunpongpaian, S. (2014). *Alcohol use disorders and related problems: Significance and management in Thailand*. Bangkok: Sahamitpattanakarnpim. (in Thai)
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 499-505.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2016). *Strategic Plan Department of Mental Health during the development plan Economy and Society, Vol. 12 (2017-2021)*. Retrieved from <http://www.dmh.go.th/intranet/p2554/download/view.asp?id=159> (in Thai)
- Jumpa, N., Chainurak, P., & Jumpa, A. (2017). The study of context and patterns on alcohol drinking of Myanmar migrant workers in Chiang Rai Province. *Journal of Social Academic*, 10(2), 133-149. (in Thai)
- Keiwingkaew, S. (2011). *Psychiatric Nursing* (2<sup>nd</sup> ed). Bangkok: Thammasat University. (in Thai)
- Khamma, A. (2013). Risk factors associated with suicide: A case-control study in Sukhothai Province. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 58(1), 3-16. (in Thai)
- Kittirattanapaiboon, P., Arunpongpaial, S., Mahatnirunkul, S., Kongsuk, T., Choovong, K., Booncharoen, H., ... Thai M.I.N.I. Core Group. (2007). *Mini international neuropsychiatric interview Thai version 5.0.0-Revised 2007*. Retrieved from [http://www.skph.go.th/newskph/Doc\\_file/Miti4\\_MINIInterview5.0.pdf](http://www.skph.go.th/newskph/Doc_file/Miti4_MINIInterview5.0.pdf). (in Thai)
- Kittirattanapaiboon, P., Tantirangsee, N., Chutha, W., Tanaree, A., Kwansanit, P., Assanangkornchai, S., ... Thai Mental Health Survey Working Group. (2016). *Prevalence of mental disorders and mental health problems: Results from Thai national mental health survey 2013* (1st ed.). Nonthaburi: Beyond Enterprise. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Table for determining sample size from a given population. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Kwansanit, P. (2011). *The relationship between alcohol consumption and suicide: A literature review*. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 5(2), 49-65.
- Lotrakul, M. (2010). *Suicide: Treatment and prevention*. Bangkok: Beyond Enterprise.
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (2015). *Psychiatry* (4<sup>th</sup> ed.). Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (in Thai)
- National Center for Suicide Prevention. (2016). *The report of the suicide rate in 2015*. Retrieved from <https://www.suicidethai.com/report/download/view.asp?id=19> (in Thai)





- National Center for Suicide Prevention. (2015). *The report of the suicide rate in 2014*. Retrieved from <https://www.suicidethai.com/report/download/view.asp?id=18> (in Thai)
- Nortun, J., Jenjai, Ch., & Ruengorn, Ch. (2016). Prevalence and factors associated with suicidal behavior in patients with mental and behavioral disorder due to alcohol. *Journal of Health Systems Research*, 10(2), 137-151. (in Thai)
- Patanavanichanun, N., Kessomboon, P., & Sirivattana, R. (2008). Risk and protective factors of self-harm behaviours. *Thai Journal of Nursing Council*, 23(3), 61-71. (in Thai)
- Promthub, P. (2010). Suicidal risk among hill tribes and related factors. *Nursing Journal*, 37(4), 153-166. (in Thai)
- Saenchai, C. (2006). *Suicide risk of alcohol patients at Suan Prung Phychiatric Hospital, Chiang Mai Province* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Schneider, B. (2009). Substance use disorders and risk for completed suicide. *Archives of Suicide Research*, 13(4), 303-316.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., ... Dunbar, G. (2006). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(suppl 20), 22-33.
- Silpakit, P., & Kittirattanapaiboon, P. (2009). *AUDIT The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care* (2nd ed.). Chiang Mai: Trantawan Paper. (in Thai)
- Sitdhiraksa, N. (Ed). (2015). *Psychiatric Siriraj DSM-5* (2nd ed.). Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. (in Thai)
- Suriyong, J., Viboonma, K., Keawma, P., Khamwongpin, M., & Tamdee, D. (2014). Prevalence of alcohol use disorders of schizophrenic patients. *Journal of Mental Health of Thailand*, 22(1), 38-47. (in Thai)
- Sriruenthong, W., Kongsuk, T., Pangchuntr, W., Kittirattanapaiboon, P., Kenbubpha, K., Yingyeun, R., ... Leejongpermpoon, J. (2011). The suicidality in Thai population: A national survey. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 56(4), 413-424. (in Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2007). *The methodology in nursing research* (4th ed.). Bangkok: U & I inter media. (in Thai)
- Tittabut, J. (2011). *Situation analysis of adolescent attempted suicide in Chaiprakarn District, Chiang Mai Province, Thailand* (Master's thesis). Chulalongkorn University, Thailand. (in Thai)
- Treepraseetsuk, S. (2007). *Alcohol is not an ordinary commodity: Health impacts and treatment*. Bangkok: Morchawban. (in Thai)
- World Health Organization. (2013). *Suicide prevention (SUPRE)*. Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)



World health Organization. (2001). *Audit*. Retrieved from

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6a.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf)

Yaldizli, O., Kuhl, H. C., Graf, M., Wiesbeck, G. A., & Wurst, F. M. (2010). Risk factors for suicide attempts in patients with alcohol dependence or abuse and a history of depressive symptoms: A subgroup analysis from the WHO/ISBRA study. *Drug and Alcohol Review*, 29(1), 64-74.