

ปัจจัยทำนายการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้า

สุตกรัก พิละกันทา¹ และ ณีฎฐภักดิ์สถณ์ ศรีวิชัย²

¹ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์, ²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วัตถุประสงค์ การพยายามฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย ตัวทำนายความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสำคัญต่อการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้า

วิธีการ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ในผู้ป่วยซึมเศร้า อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มารักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 80 ราย แบบสอบถามที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลด้านลักษณะประชากร เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) แบบประเมินการพร่องความช่วยเหลือทางสังคม (Six Social support Deficits) และประเมินการเคยพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยใช้คำถามข้อ C9 ของเครื่องมือ M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview) ฉบับภาษาไทย ปรับปรุง พ.ศ. 2550 วิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาความแตกต่างด้านประชากรศาสตร์ในกลุ่มที่มีและกลุ่มที่ไม่มีความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้ chi square, fisher's exact test และ independent t-test รวมทั้งหาปัจจัยทำนายการเคยพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วย multivariate logistic regression

ผลการศึกษา พบว่า ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่ไม่ได้รักษาตั้งแต่มีอาการซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิต ประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัว มีความแตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างที่มีความพยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มที่ไม่มีความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อนำมาวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติก พบว่า ระยะเวลาที่ไม่ได้รักษาตั้งแต่มีอาการซึมเศร้า การมีประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และมีปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัว มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายมากถึง 1.24, 18.47 และ 21.70 ตามลำดับ (Nagelkerke R² = 52.9%)

สรุป ความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบได้บ่อย โดยมีความเกี่ยวข้องกับการมีความคิดอยากตาย เคยมีประวัติรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ไม่ได้รักษาตั้งแต่มีอาการซึมเศร้า การสูบบุหรี่ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และปัญหาการทะเลาะวิวาทในครอบครัว ควรให้ความสำคัญตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่มีอาการซึมเศร้า นำเข้าสู่กระบวนการรักษาก่อนที่จะมีอาการมากถึงขั้นนอนโรงพยาบาล และมีการสำรวจปัญหาในครอบครัวร่วมกับการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า **เชียงใหม่เวชสาร 2563;59(2):99-113.**

คำสำคัญ: การพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิต ซึมเศร้า การนอนโรงพยาบาล คุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ: สุตกรัก พิละกันทา, พย.ม., ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200, ประเทศไทย

อีเมล: spilakan@gmail.com

วันรับเรื่อง 22 เมษายน 2563, วันส่งแก้ไข 13 พฤษภาคม 2563, วันยอมรับการตีพิมพ์ 14 พฤษภาคม 2563



บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยและเป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุขไทย ผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้นมักมีความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง บางรายอาจรุนแรงจนเกิดเป็นความคิดอยากทำร้ายตนเองหรือมีแนวโน้มทำร้ายตนเองมากขึ้น ซึ่งอาจรุนแรงจนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (1) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูงกว่าประชากรทั่วไป 1.3-7.9 เท่า และยังพบว่าอัตราการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนาไม่ต่างแตกต่างกัน (2-4) องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของสุขภาพและความพิการทั่วโลก (5) ปัจจุบันมีผู้คนกว่า 300 ล้านคนที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548-2558 มีอัตราเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 18 การฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 1.4 ส่งผลให้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 17 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกในปี พ.ศ. 2558 (6)

จากรายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 (7) พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในทุกช่วงอายุ 16 รายต่อแสนประชากร ถือเป็นประเทศที่มีสัดส่วนคนฆ่าตัวตายสำเร็จสูงเป็นลำดับที่ 29 ของโลกจากทั้งหมด 187 ประเทศ และเป็นประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สัดส่วนการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากเมื่อเทียบกับช่วงปี พ.ศ. 2533 ที่พบอัตราการฆ่าตัวตาย 6.8 รายต่อแสนประชากร และ 8.3 รายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2541 (8) ซึ่งอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ ในการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 (9) ที่ได้ดำเนินการสำรวจต่อเนื่องทุก 5 ปี ในกลุ่มประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่า

คนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชประมาณ 7 ล้านคน โดยส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า รวมทั้งปัญหาการฆ่าตัวตาย และอาการทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น อาการทางจิต อาการหลงผิด การใช้สารเสพติด เป็นต้น นอกจากนี้ หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ (10) ยังพบว่า มากกว่าร้อยละ 7 ของคนไทยมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยพบความเสี่ยงสูงสุดในกลุ่มประชากรแถบภาคเหนือ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งสำหรับในจังหวัดเชียงใหม่ นั้น กรมสุขภาพจิต รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 10-14 รายต่อแสนประชากร (11) จากการทบทวนสถิติของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกด้วยโรคซึมเศร้านั้นมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ซึ่งในปี พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก 1,597 ราย เป็น 1,618 ราย และ 1,804 ราย ตามลำดับ (12)

การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น การถูกกระทำรุนแรง ถูกกลั่นแกล้งทางร่างกายหรือจิตใจ ประสบกับปัญหาที่รุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ หรือมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช (13) ที่พบได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภท โรควิตกกังวล การติดสารเสพติด สุราหรือบุหรี่ ผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ หรือผู้ที่มีประวัติการทำร้ายตนเอง มีประวัติการฆ่าตัวตายของคนในครอบครัวล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับการฆ่าตัวตาย (14-17) บางครั้งเหตุการณ์วิกฤตในบางเหตุการณ์ที่สร้างความตึงเครียดให้ชีวิตก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตายได้เช่นกัน เช่น การถูกบอกเลิกความสัมพันธ์ ปัญหาทางการเงิน หรือการไม่มีงานทำประจำ ปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจและความรู้สึกของผู้ป่วย

ที่เป็นโรคซึมเศร้า ก่อให้เกิดภาวะความตึงเครียด และเมื่อมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นทำให้นำมาสู่การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (18) นอกจากนี้ยังมีความเชื่อมโยงกันระหว่างการฆ่าตัวตายและคุณภาพชีวิต ที่พบว่า การฆ่าตัวตายเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถสะท้อนระดับคุณภาพชีวิตได้ จะเห็นได้ในบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ จะทำการฆ่าตัวตาย (19) องค์การอนามัยโลกยังรายงานไว้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายตลอดชีวิต คือ ประวัติการทำร้ายตนเองและประวัติการฆ่าตัวตาย (16) สำหรับการศึกษาย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช จังหวัดเชียงใหม่ พบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย การประสบกับเหตุการณ์ที่ตึงเครียด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยาจิตเวชที่ไม่สม่ำเสมอ การพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 2 ครั้ง การรับยาต้านโรคจิต และจำนวนปีที่เข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุหลักที่พบในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า (17) กลุ่มคนเหล่านี้จึงมีความเสี่ยงที่มีโอกาสฆ่าตัวตายสูง แต่ส่วนใหญ่ มักไม่แสดงอาการออกมาอย่างชัดเจนทำให้คนรอบข้างไม่รับรู้ถึงปัญหา จนทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อตนเองนำไปสู่การตัดสินใจฆ่าตัวตาย (10,20)

อย่างไรก็ตาม ปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ หากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขหรือบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดสามารถประเมินความเสี่ยงหรือแนวโน้มในการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทำให้สามารถหยุดยั้งการฆ่าตัวตายลงได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยมีรายงานความชุกและปัจจัยทำนายการพยายามฆ่าตัวตายเพียงบางช่วงเวลาของชีวิต (21) แต่ยังไม่มีการศึกษา

การพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงภาพรวมของการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา และอาจจะมีปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิต เช่น คุณภาพชีวิต และการพร้อมการสนับสนุนทางสังคม (19,22,23) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เพื่อจะได้ข้อมูลที่เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ในการที่บุคคลพยายามฆ่าตัวตายเพื่อนำมาใช้ในการดูแลประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าให้ได้รับการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และนำไปสู่การป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อชีวิตได้

วิธีการ

รูปแบบและขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของการเคยพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยนอกที่ห้องตรวจจิตเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคซึมเศร้าที่ห้องตรวจจิตเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการ

ประมาณค่าสัดส่วนประชากรจากกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ (24)

$$\text{จากสูตร } n = \frac{Z^2PQ}{E^2}$$

กำหนด ค่าความเชื่อมั่นที่ 95%

ดังนั้น Z = 1.96

P (prevalence) = 0.05 (25)

Q (1-P) = 0.95

E (margin of error) = 0.05

$$\text{แทนค่าในสูตรจะได้ } n = \frac{(1.96)^2 (0.05 \times 0.95)}{(0.05)^2}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 72 ราย โดยผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนต่อการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัยที่อาจเกิดขึ้นขึ้นต่ำ (attrition rate) ร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 80 ราย ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-5 สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการโดยลงนามในหนังสือยินยอม

เกณฑ์คัดออก ผู้ป่วยมีโรคร่วมทาง organic brain หรือโรคอื่น ๆ ร่วมจนเป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การทำงาน ประวัติการดื่ม

สุรา สูบบุหรี่ ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว ระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่มีอาการซึมเศร้า และประวัติการเคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้า

2. เครื่องมือ M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview) ฉบับภาษาไทย ปรับปรุง พ.ศ. 2550 ในหมวดการฆ่าตัวตาย มีทั้งหมด 9 ประเด็นคำถาม แต่ผู้วิจัยเลือกมาเพียง 1 ประเด็นคำถาม คือ คำถามข้อ C9 เนื่องจากเป็นประเด็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรของการวิจัยครั้งนี้ โดยมีข้อความว่า “ตลอดชีวิตที่ผ่านมา : คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหรือไม่” มาประเมินการเคยพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้า (26) จะมีคำตอบว่า เคย หรือไม่เคย โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้า กับ 1 คะแนน หมายถึง เคยพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้า

3. ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (27) ประกอบด้วยองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดจำนวน 26 ข้อคำถาม เป็นคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยแปลค่าคะแนนได้ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลาง ๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-150

4. ประเมินการพ้องการสนับสนุนทางสังคมด้วยเครื่องมือ Six social support deficits (28) โดยประเมินในหัวข้อ พักอาศัยอยู่กับใคร ในรอบปีที่ผ่านมาได้พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือญาติพี่น้องบ่อยแค่ไหน ในหมู่บ้านหรือละแวกบ้านที่อยู่อาศัยมีเพื่อนบ้านต่างพึ่งพาอาศัยกัน ญาติพี่น้องดูแลเอาใจใส่กันและกัน มีการทะเลาะวิวาทถึงขั้นแตกหักกับคู่สมรส ญาติพี่น้องหรือบุคคลที่สนิทและความพึงพอใจกับความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่ได้รับจากคู่สมรส ญาติพี่น้องหรือบุคคลที่สนิท ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 6 ข้อ ในแต่ละข้อจะให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่พบการพ้องการสนับสนุนทางสังคม กับ 1 คะแนน หมายถึง พบการพ้องการสนับสนุนทางสังคม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ

1. ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีค่าความตรง เท่ากับ 0.6515 ผู้ศึกษาไม่ได้นำมาดัดแปลงจึงไม่ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำอีกครั้ง

2. แบบประเมินการพ้องการสนับสนุนทางสังคมด้วยเครื่องมือ Six Social support Deficits ซึ่งผ่านการตรวจหาค่าความตรง และมีการนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยแล้วผู้ศึกษาไม่ได้นำมาดัดแปลงจึงไม่ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำอีกครั้ง

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบประเมินการพ้องการสนับสนุนทางสังคมด้วยเครื่องมือ Six Social support Deficits ได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) กับผู้ที่มีคุณลักษณะคล้ายกับ

ประชากรจำนวน 30 คน (29) ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.88 และ 0.73 ตามลำดับซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าและเข้าเกณฑ์การคัดเลือกแต่ละรายด้วยตนเองภายในห้องที่มีความเป็นส่วนตัวเพื่อเอื้อต่อการพูดอย่างเป็นอิสระให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยและเป็นสัดส่วน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที โดยเริ่มสัมภาษณ์จากข้อคำถามที่มีผลกระทบต่อจิตใจน้อยที่สุดตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อคำถามจากข้อมูลส่วนบุคคล
2. ข้อคำถามจากการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)
3. ข้อคำถามจากการประเมินการพ้องความช่วยเหลือทางสังคมด้วยเครื่องมือ Six Social support Deficits
4. ข้อคำถามจากการประเมินการเคยพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยใช้คำถามข้อ C9 ของเครื่องมือ M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview) ฉบับภาษาไทย ปรับปรุง พ.ศ. 2550

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์

ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์และหาความแตกต่างด้านประชากรศาสตร์ในกลุ่มที่มีความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตและกลุ่มที่ไม่มีความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้ chi square, fisher's exact test และ independent t-test รวมทั้งหาปัจจัยทำนายการเคยพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วย multivariate logistic regression

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 37.5 เคยพยายามฆ่าตัวตายในตลอดช่วงชีวิต และร้อยละ 50.0 พยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าลักษณะทางคลินิกในกลุ่มตัวอย่างที่มีความพยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มที่ไม่มีความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่มีอาการซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิต ประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่มีความพยายามฆ่าตัวตายและไม่มีพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตมีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน จะมีเพียงคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเท่านั้นที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมในกลุ่มที่มีความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตเฉลี่ย 24.8 (SD = 6.0) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเฉลี่ย 27.8 (SD = 6.4) และนอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัวของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$

ในกลุ่มที่มีความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตมีปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัวร้อยละ 50.0 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตมีเพียงร้อยละ 6.0 เท่านั้น ดังแสดงในตารางที่ 2

จากตารางที่ 1 และ 2 จะเห็นว่ามีความแตกต่างลักษณะทางคลินิก คือ ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่มีอาการซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิต ประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัว พบมีความแตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างที่มีความพยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มที่ไม่มีความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิต ดังนั้นในการวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกจะเลือกเฉพาะตัวแปรดังกล่าวไปทำการวิเคราะห์จากผลการวิเคราะห์พบว่า ระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่มีอาการซึมเศร้า ประวัติการเคยรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และการมีปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่มีอาการซึมเศร้านานขึ้นทุก 1 ปี จะมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายถึง 1.2 เท่า ($p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จะมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้าถึง 8.72 เท่า ($p < 0.05$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัวจะมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัวถึง 17.44 เท่า ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อนำมาวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกอธิบายตัวแปรที่เข้าโมเดลของการทำนายโอกาสที่เกิดเหตุการณ์ที่น่าสนใจ และปรับตัวแปรอื่น ๆ ให้คงที่

ตารางที่ 1. ความแตกต่างของข้อมูลด้านประชากรศาสตร์และลักษณะทางคลินิกระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มี ความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์และลักษณะทางคลินิก	N=80	Suicide attempt N=30	Non-Suicide attempt N=50	p-value
เพศ				0.313 ^a
ชาย	20 (25.0)	9 (30.0)	11 (22.0)	
หญิง	60 (75.0)	21 (70.0)	39 (78.0)	
อายุ (ปี) (mean ± SD)	51.2±14.7	44.0±13.9	55.6±15.3	0.453 ^c
สถานภาพ				0.914 ^a
โสด	29 (36.7)	10 (33.3)	19 (38.0)	
แต่งงาน	38 (48.1)	15 (50.0)	23 (46.0)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	13 (15.2)	5 (16.7)	8 (16.0)	
อาชีพ				0.564 ^a
มีงานทำประจำ	64 (80.0)	25 (83.3)	39 (78.0)	
ไม่มีงานทำประจำ	16 (20.0)	5 (16.7)	11 (22.0)	
Type of depressive episode				0.398 ^b
Mild	50 (62.5)	16 (53.3)	34 (68.0)	
Moderate	11 (13.7)	5 (16.7)	6 (12.0)	
Severe without psychotic feature	18 (22.5)	8 (26.7)	10 (20.0)	
Severe with psychotic feature	1 (1.3)	1 (3.3)	0 (0.0)	
ประวัติการรักษาโรคจิตติสุรา	27 (33.8)	14 (46.7)	13 (26.0)	0.087 ^a
ประวัติการใช้สารเสพติดในอดีต	8 (10.0)	5 (16.7)	3 (6.0)	0.144 ^b
ประวัติการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน	1 (1.3)	1 (3.3)	0 (0.0)	0.375 ^b
ประวัติการสูบบุหรี่	10 (12.5)	7 (23.3)	3 (6.0)	0.023 ^b
ประวัติการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในครอบครัว	29 (36.3)	13 (43.3)	16 (32.0)	0.309 ^a
อายุที่เริ่มมีอาการซึมเศร้า (ปี)	39.3±15.5	33.7±13.9	39.0±15.5	0.131 ^c
ระยะเวลาที่ไม่ได้รักษาตั้งแต่มีอาการซึมเศร้า (ปี)	2.7±6.3	5.5±9.5	1.0±2.1	0.017 ^c
ประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	22 (27.5)	17 (56.7)	5 (10.0)	< 0.001 ^a
Episode				0.213 ^a
First episode	31 (38.8)	9 (30.0)	22 (44.0)	
Recurrent episode	49 (61.3)	21 (70.0)	28 (56.0)	
พยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิต	30 (37.5)	30 (100.0)	0 (0.0)	
พยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 ปี	15 (18.8)	15 (50.0)	0 (0.0)	< 0.001 ^a
มีความคิดฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิต	60 (75.0)	30 (100.0)	30 (60.0)	< 0.001 ^a
มีความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 1 ปี	32 (40.0)	15 (50.0)	17 (34.0)	0.157 ^a

^a; chi square, ^b; fisher's exact, ^c; independent t-test

แล้วพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาที่ไม่ได้รับการบำบัดมีอาการซึมเศร้านานขึ้นทุก 1 ปี จะมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายถึง 1.2 เท่า ($p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จะมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้าถึง 18.47 เท่า ($p = 0.000$) และปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัว จะมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัวถึง 21.70 เท่า ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมทำนายความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 52.9 ดังแสดงในตารางที่ 4

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยทำนายการเคยพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้าพบความแตกต่างของลักษณะทางคลินิกระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความพยายามฆ่าตัวตายกับกลุ่มที่ไม่เคยมีความพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตลอดช่วงชีวิตที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ การมีความคิดฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิต ระยะเวลาที่ไม่ได้รับการบำบัดมีอาการซึมเศร้า ประวัติการเข้ารับไว้รักษาในโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัว จากตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญดังกล่าวไปทำการวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกแล้วพบว่า ระยะเวลาที่ไม่ได้รับการบำบัดมีอาการซึมเศร้า ประวัติการเคยรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และการมีปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความ

ตารางที่ 2. ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตและการร้องการสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มี ความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์และลักษณะทางคลินิก	N=80	Suicide attempt N = 30	Non-Suicide attempt N = 50	p-value
คุณภาพชีวิตโดยรวม (mean ± SD)	84.5±15.7	82.4±16.3	85.8±15.3	0.352 ^a
ด้านสุขภาพร่างกาย	22.8±4.1	22.9±4.0	22.8±4.3	0.901 ^a
ด้านจิตใจ	19.6±4.8	19.5±4.9	19.6±7.8	0.891 ^a
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.7±3.0	7.7±4.3	9.7±1.9	0.949 ^a
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.7±6.4	24.8±6.0	27.8±6.4	0.040 ^a
การร้องการสนับสนุนทางสังคม (n (%))				
อาศัยอยู่เพียงลำพัง	14 (17.5)	5 (16.7)	9 (18.0)	0.932 ^b
ได้พบปะญาติพี่น้องน้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง	24 (30.0)	7 (23.3)	17 (34.0)	0.358 ^b
ขาดการดูแลเอาใจใส่จากเพื่อนบ้าน	28 (35.0)	12 (40.0)	16 (32.0)	0.401 ^b
ขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว	17 (21.3)	9 (30.0)	8 (16.0)	0.183 ^b
มีปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัว	18 (22.5)	15 (50.0)	3 (6.0)	< 0.001 ^b
ไม่พึงพอใจกับการสนับสนุนของครอบครัว	13 (16.3)	5 (16.7)	8 (16.0)	0.886 ^b

^a; independent t-test, ^b; chi square

ตารางที่ 3. ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์และลักษณะทางคลินิกในการทำนายความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจัยทำนาย	β	SE (β)	Wald	Sig.	95% confidence interval	
					OR	p-value
ประวัติการสูบบุหรี่	0.749	1.354	0.306	0.580	2.115	> 0.05
ระยะเวลาที่ไม่ได้รับการตั้งแต่มืออาการซึมเศร้า	0.215	0.102	4.416	0.036	1.240	< 0.05
มีความคิดฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิต	19.571	8270.563	0.000	0.998	315933104.5	> 0.05
ประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	2.166	0.962	5.064	0.024	8.723	< 0.05
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	-0.034	0.066	0.266	0.606	0.966	> 0.05
มีปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัว	2.859	1.156	6.112	0.013	17.436	< 0.05

ตารางที่ 4. ปัจจัยทำนายความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจัยทำนาย	β	SE (β)	Wald	Sig.	95% confidence interval	
					OR	p-value
ระยะเวลาที่ไม่ได้รับการตั้งแต่มืออาการซึมเศร้า	0.212	0.086	6.0686	0.014	1.236	< 0.05
ประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	2.916	0.653	19.994	0.000	18.468	0.000
มีปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัว	3.077	1.134	7.364	0.007	21.699	< 0.05

พยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

ไม่มีความพยายามฆ่าตัวตาย แต่สัดส่วนที่แตกต่างกันดังกล่าวไม่สามารถนำมาร่วมทำนายความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

การสูบบุหรี่

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 37.5 เคยพยายามฆ่าตัวตายในตลอดช่วงชีวิต มีสัดส่วนของการสูบบุหรี่ในกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีความพยายามฆ่าตัวตयर้อยละ 23.3 และร้อยละ 6.0 เนื่องจากสารนิโคตินจากการสูบบุหรี่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมองทำให้เกิดอารมณ์เศร้า ซึ่งภาวะอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้น อาจทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงขึ้น นอกจากนี้การสูบบุหรี่ทำให้ความเชื่อมั่นในตนเองลดลงจึงอาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้ (30) จึงทำให้สัดส่วนการสูบบุหรี่ในกลุ่มที่มีความพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มที่

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ลักษณะของคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความพยายามฆ่าตัวตากับกลุ่มที่ไม่มีความพยายามฆ่าตัวตาย มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเฉลี่ยอยู่ในระดับกลางรวมถึงคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุ่นจิตร คุณารักษ์ ที่พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่ต่างกันไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ สามารถเกิดขึ้นได้ ดังนั้นการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าไม่ว่าจะมีอาการในระดับใดก็ไม่ส่ง

ผลต่อคุณภาพชีวิต (31)

กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีความคิดฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตมีสัดส่วนแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีความพยายามฆ่าตัวตายกับกลุ่มที่ไม่มี ความพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 100.0 และ ร้อยละ 60.0 ตามลำดับ แม้ว่าความคิดอยากฆ่าตัวตายพบได้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า (32) แต่ไม่สามารถร่วมทำนายความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ความแตกต่างกันของการพยายามฆ่าตัวตาย อาจสืบเนื่องมาจากระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่มีอาการซึมเศร้า การเคยมีประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และปัญหาการทะเลาะวิวาทในครอบครัว

ระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่มีอาการซึมเศร้า

จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่มีอาการซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างที่มีความพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มี ความพยายามฆ่าตัวตายแตกต่างกันเฉลี่ย 5.5 ปี (SD = 9.5) และ 1.0 ปี (SD = 2.1) $p = 0.017$ ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้ามักเริ่มมีอาการของโรคเริ่มจากเป็นน้อย ๆ และหากไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษา หรือไม่สามารถเข้ารับการ รักษาได้อย่างทันท่วงที จะทำให้อาการของโรคซึมเศร้าเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน หรือสัมพันธภาพในสังคมของผู้ป่วย เนื่องจากความเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น จะทำให้เกิดความรู้สึกผิด ไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย จนกระทั่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย ทำให้มีผลต่อชีวิตได้ในที่สุด ซึ่งถ้าหากผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาตั้งแต่ที่เริ่มมีอาการซึมเศร้า ผลของการรักษาจะทำให้มีอาการซึมเศร้าดีขึ้น จนกระทั่งสามารถกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้เหมือนเดิม (33) ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีระยะเวลาที่ไม่ได้รับ

การรักษาตั้งแต่มีอาการซึมเศร้าที่นานขึ้นทุก 1 ปี สามารถร่วมทำนายความพยายามในการฆ่าตัวตายได้สูงขึ้น 1.2 เท่า เพราะว่าโรคซึมเศร้าถือว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตในผู้ป่วยบางราย ต้องได้รับการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วินัย ธงชัย, วรณิศา แสงโชติ และ กนกวรรณ บำรุงเชาว์เกษม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ฆ่าตัวตายจะมีอาการโรคซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนทำร้ายตนเอง (34) ซึ่งทำให้เห็นว่าอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นสามารถส่งผลกระทบต่อความพยายามทำร้ายตนเองได้ โดยเฉพาะหากปล่อยให้ มีอาการมากขึ้น โดยที่ไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษา ยิ่งส่งผลทำให้ความเสี่ยงต่อการพยายามทำร้ายตนเองเพิ่มมากขึ้น และเมื่อเข้ามารับการรักษาเมื่อมีอาการซึมเศร้ามากขึ้นจนมีความพยายามทำร้ายตนเอง ซึ่งเป็นความเสี่ยงสูงทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต ทำให้มีการปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้น ถึงขั้นต้องเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีสัดส่วนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยคิดเป็นร้อยละ 56.7 และร้อยละ 10.0 ตามลำดับ ($p < 0.001$) ผู้ที่มีประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลสามารถร่วมทำนายการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ โดยผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะมีความเสี่ยงต่อความพยายามทำร้ายตนเองมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยนอนโรงพยาบาลมากถึง 18.47 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษาหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ (11,14-17) นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่

เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายร้อยละ 30-60 เคยมีการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนแต่ไม่เสียชีวิต และการศึกษาติดตามผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไปในระยะยาวพบว่าร้อยละ 10-14 ของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในที่สุด (6,35) การเคยเข้ารับการรักษาภาวะความเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า ความเครียด และการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายและยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับการฆ่าตัวตาย 5.2-22.2 เท่าของกลุ่มคนปกติ (36) และยังมีการศึกษาที่พบว่าผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล สามารถทำนายความคิดฆ่าตัวตายได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายถึงเท่าตัวด้วย (21)

ปัญหาการทะเลาะวิวาทในครอบครัว

ปัญหาการทะเลาะวิวาทในครอบครัว พบว่ามีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัว ถึงร้อยละ 50.0 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีสัดส่วนการมีปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัวเพียงร้อยละ 6.0 ($p < 0.001$) การมีปัญหาความสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจและความรู้สึกของผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ก่อให้เกิดภาวะความตึงเครียดและเมื่อมีภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นทำให้นำมาสู่การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (37) โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักมีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีกับญาติพี่น้องหรือผู้ดูแลจากภาวะความเครียดสะสมจากการศึกษาของซิดซนิก เรือนก้อน และคณะพบว่าผู้ที่ประสบเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตจะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากกว่าคนปกติ 2.32 เท่า (17) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ รุ่งแสง, นุจรี ไชยมงคล และ วรณิ

เดียววิศเรศ (38) ที่พบว่าเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความคิดฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 16.5 ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในกรณีศึกษาที่จังหวัดสุโขทัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาความสัมพันธ์ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 40.45 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 2.69 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (18) ปัญหาความสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวและญาติ มีการทะเลาะวิวาทกัน เกิดความรู้สึกน้อยใจ หรือการถูกตำหนิจากญาติพี่น้อง ทำให้เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ และบ่อยครั้งพบว่าบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายอาจเนื่องมาจากการขาดการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง (22,23) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม หากแต่เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลใด ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมาได้เช่นเดียวกัน สาเหตุที่สูงผลกระตุ้นในการทำร้ายตนเองของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีการทะเลาะกับคนใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 37.31 (22) คล้ายกับการศึกษาของ สุวิมล อุไกรษา และ ชีพสุมน รังสยธร พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เป็นดัชนีที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้มากถึงร้อยละ 13.8 (39)

จากการศึกษาปัจจัยทำนายการเคยพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้า ทำให้พบว่าปัจจัยเรื่องระยะเวลาที่ไม่ได้รับการตั้งแต่มืออาการซึมเศร้า ประวัติการเคยรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้มากถึงร้อยละ 52.9 ทำให้สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวมาเป็นข้อมูลใน

การวางแผนการพัฒนาระบบดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะ

การทราบถึงปัจจัยทำนายการเกิดพฤติกรรม การพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งพบว่า ระยะเวลาที่ไม่ได้รับการตั้งแต่มือการซึมเศร้า ประวัติเคยรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และการมีปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยปัจจัยการมีปัญหาทะเลาะวิวาทในครอบครัวเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุด ทำให้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือ ส่งเสริมและป้องกันในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการวางแผนเชิงนโยบาย ให้มีมาตรการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตั้งแต่การป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย การดูแลระหว่างกระบวนการรักษา และการดูแลต่อเนื่อง เน้นให้มีการดูแลเชิงรุก โดยมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาทำการคัดกรองโรคซึมเศร้า หรือให้สุขภาพจิตศึกษากับบุคคลทั้งที่มีภาวะสุขภาพจิตปกติหรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า ให้เกิดความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของโรคซึมเศร้า สามารถสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมารับการตรวจรักษา การป้องกันเชิงรุกดังกล่าวจะทำให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถนำผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกอย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง เป็นการป้องกันไม่ให้อาการของโรคมีความรุนแรงจนพยายามฆ่าตัวตาย

1.2 ควรนำหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยทำนายการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ด้านการให้การบริการสุขภาพจิต จึงควรมีการซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รูปแบบการรับการรักษา การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อชีวิตได้ จึงควรมีการประเมินปัญหาดังกล่าวร่วมกับมีการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อนำไปสู่การป้องกันการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ควรมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีอาการซึมเศร้านานก่อนเข้ารับการรักษา หรือเคยมีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาโรคซึมเศร้าวร่วมกับผู้ที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว

2. ด้านการศึกษาวิจัย สามารถนำข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยไปศึกษาต่อยอดได้ดังนี้

2.1 ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยทำนายการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้เกิดแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ครอบคลุมมากที่สุด

2.2 ควรมีการศึกษาและพัฒนาเครื่องมือสำหรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เช่น การคัดกรองผ่านทางแอปพลิเคชันมือถือ (mobile application) และมีการทดสอบประสิทธิภาพเครื่องมือที่ใช้ ซึ่งเป็นการออกแบบการวิจัยเชิงประยุกต์ที่มุ่งนำผลการวิจัยไปพัฒนาให้เกิดประโยชน์ต่อไป (research and development)

2.3 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย การวางแผนฆ่าตัวตาย และการกระทำการพยายามฆ่าตัวตาย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ รศ.พญ.ศิริจิต สุทธิจิตต์ ศ.ดร.ภัทรารมณห์ ทุ่งปันคำ ผศ.ดร.เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล และคุณธรรณา เผือกจันทิก ซึ่งได้ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและความช่วยเหลือสนับสนุนในการทำงานจนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี รวมทั้งผู้ร่วมวิจัยในโครงการทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Truschel J. Depression definition and DSM-5 diagnostic criteria [Internet] 2019. [cited 2019 December 15]. Available from: <https://www.psychom.net/depression-definition-dsm-5-diagnostic-criteria>.
2. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord.* 2007;101:27-34.
3. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry.* 2010;71:1617-28.
4. Li N, Zhang J. Influencing factors for depression among Chinese suicide survivors. *Psychiatry research.* 2010;178:97-100.
5. World Health Organization. Depression: let's talk [Internet] 2017. [cited 2019 August 9]. [Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/en].
6. Chang B, Gitlin D, Patel R. The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies. *Emerg Med Pract.* 2011;13:1-23; quiz -4.
7. Health Nutrition and Population Statistics - World Bank. Suicide mortality rate (per 100,000 population) [Internet] 2017. [cited 2019 July 23]. [Available from: <https://www.populationpyramid.net/thailand/2019>].
8. Trangkasombat U. Family therapy and family counselling. 2nd ed. Bangkok: Cinta; 2011.
9. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tantiaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of Mental Disorders and Mental Health Problems: Thai National Mental Health Survey 2013. *The Journal of Mental Health of Thailand.* 2017;25:1-19.
10. Sriruenthong W, Kongsuk T, Pangchunr W, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Yingyeun R, et al. The Suicidality in Thai population: A National survey. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2011;56:413-24.
11. Department of Mental Health MoPH. Suicide Rate Per 100,000 Population [Internet] 2017. [cited 2019 November 23]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/download>.
12. Medical Record Unit of Maharat Nakhon Chiang Mai Hospital. Statistics of psychiatric out patients department. Chiang Mai: Faculty of Medicine, Chiang Mai University; 2018.
13. HD Editorial Team. Why do people attempt suicide [Internet] 2019. [updated 25 March 2020]. [cited 2020 March 31]. Available from: <https://www.honestdocs.co/why-people-are-suicide>.
14. Prescribed Benzodiazepines and Suicide Risk: A Review of the Literature [Internet]. 2017. [cited 2020 March 2]. Available from: http://www.psychiatrist.com/PCC/article/_layouts/ppp.psych.controls/BinaryViewer.ashx?Article=/PCC/article/Pages/2017/v19n02/16r02037.aspx&Type=Article.
15. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet.* 2009;373(9672):1372-81.
16. World Health Organization. Suicide [Internet] 2019 [updated 2 September 2019]. [cited 2020 March 2]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
17. Ruengorn C, Sanichwankul K, Niwatananun W, Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Patu-

- manond J. Factors related to suicide attempts among individuals with major depressive disorder. *Int J Gen Med.* 2012;5:323-30.
18. Khamma A. Risk factors associated with suicide: a case-control study in sukhothai province. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2013;58:3-16.
 19. Chansarn S. Quality of life of Thai people: the implication from suicide statistic. *Panyapiwat Journal.* 2014;2:50-65.
 20. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidal-ity and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. *J Clin Psychiatry.* 2010;71:e1-e21.
 21. Nortun J, Jenjai C, Ruengorn C. Prevalence and factors associated with suicidal behavior in patients with mental and behavioral disorder due to alcohol. *Journal of Health Systems Research.* 2016;10:137-51.
 22. Prateeptranun W. Rate of suicide and factors related to suicidal behaviors of the Chaophrayayommarat hospital in Suphanburi Province. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2014;28:90-103.
 23. Rungreangkulkij S, Thamnoi R, Anusak B. Experience of Suicide Attempt: Gender differences. *Journal of Psychiatric Association Thailand.* 2013;58:245-56.
 24. Daniel WW. *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences.* 9th ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2009.
 25. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51:8-19.
 26. Kittirattanapaiboon P, Arunpongpaisal S, Mahatnirunkul S, Kongsuk T, Choovong K, Booncharoen H, et al. Mini international neuropsychiatric interview Thai version 5.0.0-revised 2007 [Internet] 2007. [cited 2019 August 11]. [Available from: http://www.skph.go.th/news-kph/Doc_file/Miti4_MINIInterview5.0.pdf].
 27. Department of Mental Health MoPH. The Thai abbreviated version of World Health Organization quality of life (WHOQOL-BREF-THAI) [Internet] 2002. [cited 2019 August 11]. Available from: <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>.
 28. Suttajit S, Punpuing S, Jirapramukpitak T, Tangchonlatip K, Darawuttimaprakorn N, Stewart R, et al. Impairment, disability, social support and depression among older parents in rural Thailand. *Psychol Med.* 2010;40:1711-21.
 29. Srisatidnarakul B. *The methodology in nursing research.* Bangkok: U&I Intermedia; 2009.
 30. Rungruanghiranya S, Khongsakon R. *Toxicity and management of tobacco dependence.* Bangkok: Saha Pracha Panich; 2009.
 31. Khunarak U. Factors affecting quality of life in outpatients with depressive disorder at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *The Journal Of Psychiatric Nursing And Mental Health.* 2011;25:42-54.
 32. Hongrsisuwan N. Depression. *HCU Journal of Health Science.* 2016;19:105-18.
 33. Lotrakul M. Accuracy of major depressive disorder [Internet] 2014 [updated 9 march 2020]. [cited 2020 April 7]. Available from: <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017>.
 34. Thongchai W, Sangchot W, Bamrungchakasem K. Causes of police officer suicide: case study in police officer suicide during 2012-2013. *Thai Journal of Clinical Psychology.* 2015;46:30-9.
 35. Diekstra RF. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1993;371:9-20.
 36. Charoensri H, Khiewyoo J. Suicidal Risk Prevalence and Factors Related to Suicidal Risk Among People in Ban Tak District, Tak Province. *KKU Research Journal.* 2017;17:77-93.
 37. Chan-ame S. *Mental Health.* 2nd ed. Bangkok: Pharepitaya International; 1978.
 38. Rungsang B, Chaimongkol N, Deoisres W. Predictors of Suicidal Ideation among Thai Adolescents. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2017;18:64-75.
 39. Ukraisa S, Rungsayatorn S. Family relationship and adversity quotient, and prevention of commit suicide at-risk of public university students. *Kasetsart Journal: Social Science.* 2009;30:156-68.

Predictors of lifetime suicide attempt in patients with major depressive disorder

Pilakanta S¹ and Sriwichai N²

¹Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Faculty of Medicine, ²Faculty of Public Health, Chiang Mai University

Objectives The predictors of lifetime suicide attempts in patients with major depressive disorder (MDD) is vital to develop the prevention program of suicide attempts. The study aimed to examine the predictors for lifetime suicide attempt in patients with MDD.

Methods Eighty individuals with MDD were recruited to the cross-sectional research study. The C9 question of the M.I.N.I was used to evaluating the lifetime suicide attempt. The Thai version of the World Health Organization Quality of Life-BREF was utilized to measure the quality of life. Six Social Support Deficits were used to measure social support. Univariate analyses with Chi-square, Fisher Exact test and Independent t-test were used to determine the associations of variables and the lifetime suicide attempt. Multivariate logistic regression was performed to identify the predictors for lifetime suicide attempt.

Results The results illustrated that suicidal ideas, history of psychiatric hospitalization, untreated illness, smoking, lower quality of life in environmental domain and difficulty in relationship with relatives were significantly associated with lifetime suicide attempt. Logistic regression revealed that history of untreated illness, psychiatric hospitalization and difficulty in relationship with relatives were the strongest predictors for lifetime suicide attempt with the odds ratios (ORs) of 1.24, 18.47 and 21.70, respectively (Nagelkerke R²=52.9%).

Conclusions Lifetime suicide attempt is typical in individuals with MDD. It is associated with suicidal ideation, history of psychiatric hospitalization, untreated illness, smoking, lower quality of life in environmental domain, and difficulty in relationship with relatives. Early detection and exploring family problems as well as promoting the relationships between family members should be of focus in individuals with MDD. **Chiang Mai Medical Journal 2020;59(2):99-113.**

Keywords: lifetime suicide attempt, depression, hospitalization, quality of life, social support

