

การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึ่งมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ด้วยปัญหาทำร้ายตนเอง การวิเคราะห์โดยสถิติระยะปลอดเหตุการณ์

วิมลรัตน์ ชัยปราการ*, เกลลี แก้วกิติกุล*, มานิช หล่อตระกูล**

*กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซึ่งมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลังและแหล่งอื่นๆที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยซึ่งมาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ด้วยปัญหาทำร้ายตนเอง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 วิเคราะห์อัตราการรอดเหตุการณ์ (survival rate) โดยสถิติ Kaplan-Meier survival analysis และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราเสี่ยง (hazard ratios) ของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายครั้งต่อไปโดยวิธี Cox's proportional-hazards regression

ผลการศึกษา ผู้ป่วยในการศึกษามีจำนวน 1,409 คน เป็นเพศหญิง 738 คน (ร้อยละ 52.4) อายุเฉลี่ย 31.9 ปี (SD=14.9) พบผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ 68 คน (ร้อยละ 4.8) เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 40 คน (ร้อยละ 2.8) พบทำซ้ำและพบเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงสุดในปีแรกได้แก่ ร้อยละ 39.7 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการทำซ้ำ ได้แก่ ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ($p = 0.03$) และประวัติโรคทางจิตเวช ($p < 0.01$) การใช้วิธีที่อันตรายสูงมีความเสี่ยงต่อการทำซ้ำน้อยกว่าการใช้วิธีที่อันตรายต่ำ ($p = 0.02$) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้แก่ เพศชาย ($p = 0.03$) ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ($p < 0.01$) และประวัติโรคทางจิตเวช ($p < 0.01$)

สรุป ความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำพบสูงในระยะ 6 - 12 เดือนแรกหลังการพยายามฆ่าตัวตาย จึงเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ผู้ดูแลรักษาควรเฝ้าระวังและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือมีประวัติโรคทางจิตเวช

คำสำคัญ การพยายามฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ปัจจัยเสี่ยง

Corresponding author: มานิช หล่อตระกูล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: manote.lot@mahidol.edu

วันรับ : 15 สิงหาคม 2565 วันแก้ไข : 7 ตุลาคม 2565 วันตอบรับ : 12 ตุลาคม 2565

Suicide Reattempts and Suicide Deaths in Patients Attending the Emergency Room of Chiang Rai Prachanukroh Hospital with Self-Harm Problems: A Survival Analysis

Wimolrat Chaiprakarn*, Kewalee Kaewkitikul*, Manote Lotrakul**

*Psychiatric Unit, Chiang Rai Prachanukroh Hospital

**Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ABSTRACT

Objectives: To investigate the risk of reattempt suicidal behavior and related factors in patients admitted to the emergency room with a suicidal attempt.

Methods: This was a retrospective cohort study by collecting information in patients' medical records of patients who came to the emergency room of Chiang Rai Prachanukroh Hospital with self-harm problems from January 1, 2012 to December 31, 2018. The Kaplan-Meier (KM) method was used to analyze 'time-to-event' data. Cox-proportional hazard regression was applied to calculate the hazard ratios for the predictors of suicide.

Results: There were 1,409 patients in the study. 738 (52.4%) of them were female with a mean age of 31.9 years (SD = 14.9). 68 (4.8%) patients had reattempt suicide and 40 (2.8%) died from suicide. The risks of suicide reattempt (39.7%) and suicide death (50%) were highest during the first year. Patients with a history of suicide attempts ($p = 0.03$), and a history of psychiatric disease ($p < 0.01$) were at high risk for reattempt suicide. The high lethality method was found to have a lower risk of reattempt suicide than the low lethality method ($p = 0.02$). The risk of subsequent death by suicide was high in males ($p = 0.03$), patients with a history of suicide attempts ($p < 0.01$) and patients with a history of psychiatric disorders ($p < 0.01$).

Conclusion: The risks of reattempt suicide and suicide death are highest during the first 6 - 12 months after an index suicide attempt indicating the critical period. It is crucial for health care workers to be aware of the risks and provide prompt and appropriate interventions, particularly in patients with a history of suicide attempts or psychiatric disorders.

Keywords: attempted suicide, suicide reattempt, risk factor

บทนำ

การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยเฉพาะจังหวัดทางภาคเหนือ เช่น จังหวัดเชียงรายซึ่งอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจัดอยู่ในลำดับต้นๆ ของประเทศมาโดยตลอด¹ องค์การอนามัยโรคได้ศึกษาสถิติอุบัติการณ์การพยายามฆ่าตัวตายและการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงสูงหลายประเทศ พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายมีจำนวนสูงกว่าผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 20 เท่าขึ้นไป² โดยผู้ฆ่าตัวตายประมาณสองในสามจะเสียชีวิตในการกระทำครั้งแรก³ แม้จะมีจำนวนหนึ่งที่ไม่เสียชีวิต แต่ก็ส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาและปัญหาสุขภาพจิตของคนใกล้ชิด อีกทั้งยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในเวลาต่อไป^{4,5} การศึกษาในประชากรทั่วไปพบว่าการเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญที่สุดเพียงปัจจัยเดียวต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย² ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงสูงต่อการกระทำซ้ำในช่วง 6 เดือนแรก⁶ และการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในช่วง 1 ปีแรก⁷ องค์การอนามัยโรคได้แนะนำว่าปัจจัยสำคัญในมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายประการหนึ่งคือการให้การช่วยเหลือและติดตามอย่างใกล้ชิดในผู้ป่วยมีการพยายามฆ่าตัวตายและมีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการกระทำซ้ำ²

รายงานการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในประเทศไทยพบมีสองรายงาน โดยรายงานแรกเป็นการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไปและติดตามการรักษากับจิตแพทย์อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป จำนวน 82 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์ผิดปกติ (mood disorders) ระยะเวลาดิตตามานาน 2.5 ปี พบอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำร้อยละ 26.8 โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือการมีสถานภาพโสดหรือหย่าร้าง⁸ รายงานที่สองเป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยโรคอารมณ์ผิดปกติที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชด้วยปัญหาพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยในการศึกษาจำนวน 235 ราย ติดตามข้อมูลนาน 1 ปีหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบมีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำร้อยละ 15.3 และเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 3⁹ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของทั้งสองการศึกษานี้มีลักษณะจำเพาะคือเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชซึ่งมีความเสี่ยงต่อการกระทำซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป ในขณะที่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะเข้าสู่ระบบการรักษาโดยการมาห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไป

การศึกษาในประเทศทางตะวันตกพบว่าประมาณร้อยละ 10 - 15 ของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เคยมาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไปด้วยปัญหาฆ่าตัวตายเป็นมาก่อน^{10,11} ในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการรักษายังห้องฉุกเฉิน เมื่อติดตามข้อมูลไปประมาณ 1 - 2 ปี พบมีการกระทำซ้ำประมาณร้อยละ 14 - 25¹²⁻¹⁵ และประมาณหนึ่งในสี่ของผู้กระทำมีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายใน 5 ปีต่อไป¹⁶ ในแง่ของการป้องกันการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มาห้องฉุกเฉินนี้ จึงจัดเป็นกลุ่มที่สำคัญมากเนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูง และเป็นกลุ่มที่เริ่มเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ หากสามารถให้การช่วยเหลือป้องกันที่เหมาะสมจะลดอุบัติการณ์ได้¹⁷

ตราบนปัจจุบัน ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไป ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย อันจะทำให้ทราบข้อมูลเพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนช่วยเหลือป้องกันในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบ cohort (retrospective cohort) โดยศึกษาจากฐานข้อมูลเวชระเบียนในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (EC-CRH 062/64 In) แล้ว ประชากรเป้าหมายในการศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองและมาได้รับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561

ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสืบค้นผู้ป่วยที่มีรหัสการวินิจฉัยตาม ICD-10 หมวดหมิ่นทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย รหัส X60 - X84 และมาได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในช่วงเวลาที่กำหนด จากงานบริการข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ (ศูนย์คอมพิวเตอร์) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จากนั้นศึกษาข้อมูลผู้ป่วยดังกล่าวทุกรายจากเวชระเบียนผู้ป่วย แบบเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง 506.S และบันทึกการให้คำปรึกษาของกลุ่มงานจิตเวช

ส่วนข้อมูลด้านการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้จากทะเบียนมรณบัตรงานทะเบียนราษฎร สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลนครเชียงราย ในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จะเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากรายงานชันสูตรของโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่คัดออกจากการศึกษาได้แก่ ผู้ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งเริ่มต้นศึกษา และผู้ที่ไม่มีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรไม่สามารถสืบค้นข้อมูลการเสียชีวิตในเวลาต่อไปได้

ระยะเวลาเก็บข้อมูลในผู้ป่วย วันเริ่มต้นคือวันที่ผู้ป่วยมาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินครั้งแรกในช่วงเวลาที่ศึกษา โดยเป็นการพยายามฆ่าตัวตายครั้งเริ่มต้นศึกษา (index suicide attempt) และติดตามข้อมูลพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ (suicidal behavior) โดยในการศึกษานี้ได้แก่ การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายไปจนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือวันสิ้นสุดการศึกษา คือวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยมีระยะเวลาติดตามข้อมูลต่ำสุด 3 ปี และนานที่สุดคือ 9 ปี (ในกรณีที่ผู้ป่วยมี index suicide attempt ใน พ.ศ. 2555 และไม่เสียชีวิตจนกระทั่งสิ้นสุดการศึกษา ใน พ.ศ. 2564)

ผลลัพธ์หลักของการศึกษาได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ (การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ หรือการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย) และระยะเวลาดังแต่ index suicide attempt จนถึงเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายครั้งต่อไป ผลลัพธ์รองได้แก่ ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ โดยปัจจัยที่เก็บในการศึกษา ได้แก่ ข้อมูลด้าน เพศ อายุ ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ประวัติโรคทางจิตเวช และวิธีการที่ใช้ ทั้งนี้ได้แบ่งวิธีการฆ่าตัวตายออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มวิธีการอันตรายสูง (high lethality) ได้แก่ แวนคอป ใช้ปืน กระโดดตึก จมน้ำ และกินสารฆ่าศัตรูพืชและสัตว์ (pesticide) การจัดให้การกินสารฆ่าศัตรูพืชและสัตว์อยู่ในกลุ่มวิธีการอันตรายสูงเนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตสูง¹⁸⁻²⁰ กับกลุ่มวิธีการอันตรายต่ำ (low lethality) ได้แก่ กินยาเกินขนาด กินสารอันตราย (เช่น น้ำยาล้างห้องน้ำ น้ำยาซักผ้า น้ำยาล้างจาน น้ำมันเบนซิน น้ำกรด บั๊ยะเคมี) ใช้ของมีคม/ของแข็ง โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ที่ทำร้ายตนเองด้วยของมีคม หรือของแข็ง มีอัตราการเสียชีวิตต่ำ²⁰⁻²² กรณีที่ผู้ป่วยใช้หลายวิธีร่วมกันจะจัดกลุ่มผู้ป่วยโดยอิงตามวิธีการที่อันตรายสูง เช่น หากใช้น้ำยาล้างห้องน้ำ ร่วมกับพาราควอต จะจัดเป็นกลุ่มวิธีการอันตรายสูง

การวิเคราะห์ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for windows เวอร์ชัน 25 วิเคราะห์ข้อมูลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำด้วยสถิติพรรณนา โดยข้อมูลต่อเนื่องใช้ค่าเฉลี่ยและส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลแจกแจงนับใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ วิเคราะห์อัตราการรอดเหตุการณ์ (survival rate) และระยะเวลาในการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายครั้งต่อไป โดยสถิติ Kaplan-Meier survival analysis และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่ออัตราเสี่ยง (hazard ratios) ของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายครั้งต่อไปโดยวิธี Cox's proportional-hazards regression

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มี index suicide attempt มีจำนวนทั้งสิ้น 1,852 คน มีผู้ป่วยที่คัดออกจากการศึกษาได้แก่ ผู้ที่เสียชีวิตใน index suicide attempt 348 คน (ร้อยละ 18.8) และผู้ที่ไม่มีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรไม่สามารถสืบค้นข้อมูลการเสียชีวิตได้ 95 คน เหลือประชากรเข้าสู่การศึกษาจำนวน 1,409 คน **รูปที่ 1** เป็นเพศหญิง 738 คน (ร้อยละ 52.4) อายุเฉลี่ย 31.9 ปี (SD = 14.9) อายุต่ำสุด 12 ปี สูงสุด 89 ปี ใน index suicide attempt ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้วิธีการอันตรายต่ำ (ร้อยละ 66.8) วิธีการที่ใช้บ่อยได้แก่ การกินยาเกินขนาด (ร้อยละ 30) การกินสารกำจัดศัตรูพืช (ร้อยละ 27.5) การกินสารอันตราย (ร้อยละ 17.2) และการใช้ของมีคม/ของแข็ง (ร้อยละ 12.2)

พบผู้ป่วยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ 108 คน (ร้อยละ 7.6) โดยเป็นการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ 68 คน (ร้อยละ 4.8) และเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 40 คน (ร้อยละ 2.8) มีผู้ป่วยสามรายที่มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหลายครั้งและเสียชีวิตในการกระทำครั้งหลัง ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยจัดผู้ป่วยสามรายนี้ อยู่ในกลุ่มผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยที่ไม่พบพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำมี 1,301 คน (ร้อยละ 92.4) ประกอบด้วยผู้ป่วยที่ไม่มีการฆ่าตัวตายซ้ำและไม่เสียชีวิตเมื่อสิ้นสุดการศึกษา 1,218 คน และผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น เช่น จากโรคทางร่างกาย อุบัติเหตุ 83 คน โดยไม่พบมีการพยายามฆ่าตัวตายในช่วงเวลาดังแต่การพยายามฆ่าตัวตายครั้งเริ่มต้นไปจนถึงเสียชีวิตจากสาเหตุอื่น

ผู้ป่วยในการศึกษาที่เป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอเมือง ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์มีจำนวน 757 คน พบมีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ 48 คน (ร้อยละ 6.3) และเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในการกระทำครั้งต่อมา 15 คน (ร้อยละ 2.0)

การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

พบมีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายเกินหนึ่งครั้งขึ้นไปจำนวน

68 ราย โดยเป็นการพยายามฆ่าตัวตายสองครั้ง 60 ราย (ร้อยละ 88.2) สามครั้ง 7 ราย (ร้อยละ 10.3) และแปดครั้ง 1 ราย (ร้อยละ 1.5)

ระยะเวลาตั้งแต่ index suicide attempt ไปจนถึงการกระทำครั้งต่อไป พบได้ตั้งแต่ 2 วัน ไปจนถึง 3,094 วัน (8.5 ปี) เฉลี่ย 732.3 วัน (2.0 ปี) (SD = 83.4) ปีแรกเป็นปีที่พบการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำสูงสุด คือ 27 ราย (ร้อยละ 1.9) โดยพบหกเดือนแรก 17 ราย หกเดือนหลัง 10 ราย และปีที่สองพบ 14 ราย อัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำสะสมเพิ่มขึ้นจนถึงปีที่ 5 (อัตราสะสมร้อยละ 4.7) ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราสะสมเมื่อสิ้นสุดการศึกษาปีที่ 9 (ร้อยละ 4.8) ตารางที่ 1

รูปที่ 2 แสดงกราฟประมาณค่า survival function ด้วยวิธีของ Kaplan-Meier โดยแกน X คือระยะเวลาติดตามข้อมูล (วัน) นับจากวันที่มี index suicide attempt ไปจนถึงวันที่เกิดการกระทำซ้ำ แกน Y คืออัตราผู้ที่ยังไม่ได้ทำซ้ำในแต่ละช่วงเวลาเทียบกับผู้ที่ทำซ้ำทั้งหมด พบว่าร้อยละ 50 ของการพยายามฆ่าตัวตายครั้งต่อไป (median time) เกิดภายใน 495 วัน (1.4 ปี) (SD = 63.9)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำโดยวิธี univariate Cox regression พบปัจจัยที่มีนัยสำคัญ ได้แก่ วิธีการฆ่าตัวตาย ($p = 0.01$) ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ($p = 0.02$) และประวัติโรคทางจิตเวช ($p = 0.01$) เมื่อนำปัจจัย

ดังกล่าวมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยแบบหลายตัวแปร โดยวิธี multivariate Cox regression พบว่าทั้งสามปัจจัยมีผลต่ออัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ที่ใช้วิธีการที่อันตรายสูงเมื่อเทียบกับผู้ที่ใช้วิธีการที่อันตรายต่ำ พบทำให้ความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำลดลงร้อยละ 53 ($p = 0.02$) ผู้ที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย 2.43 เท่า ($p = 0.03$) และ ผู้ที่มีประวัติโรคทางจิตเวชมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติโรคทางจิตเวช 2.39 เท่า ($p < 0.01$) ตารางที่ 2

การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

ในผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายหลัง index suicide attempt จำนวน 40 ราย พบเสียชีวิตในการกระทำครั้งที่สอง 37 ราย (ร้อยละ 92.5) ครั้งที่สาม 2 ราย และครั้งที่ห้า 1 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 29 ราย (ร้อยละ 72.5) วิธีการที่พบบ่อยที่สุดคือการแขวนคอ 26 ราย (ร้อยละ 65) ตามด้วยการใช้สารกำจัดศัตรูพืช 7 ราย (ร้อยละ 17.5) และการกินสารอันตราย 5 ราย (ร้อยละ 12.5)

ระยะเวลาตั้งแต่ index suicide attempt จนถึงวันที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย พบได้ตั้งแต่ 17 วัน ไปจนถึง 2,729 วัน (7.5 ปี) เฉลี่ย 836 วัน (2.3 ปี) (SD=131.4) โดยพบการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายซ้ำสูงสุดในปีแรก คือ 20 ราย (อัตราร้อยละ 1.4)

ตารางที่ 1 ความเสี่ยงสะสม (cumulative risk) ของพฤติกรรมฆ่าตัวตายหลัง index suicide attempt (ค่าร้อยละ, n=1409)

		ปีที่ 1		ปีที่ 2		ปีที่ 5		ปีที่ 9		P value*	
		ทำซ้ำ	ฆ่าตัวตาย	ทำซ้ำ	ฆ่าตัวตาย	ทำซ้ำ	ฆ่าตัวตาย	ทำซ้ำ	ฆ่าตัวตาย	ทำซ้ำ	ฆ่าตัวตาย
รวม		1.9	1.4	2.9	1.7	4.7	2.6	4.8	2.8		
เพศ	หญิง	1.1	0.3	1.5	0.4	2.7	0.8	2.8	0.8	0.35	< 0.01
	ชาย	0.9	1.1	1.4	1.3	2.0	1.6	2.0	2.1		
วิธีการ	ไม่อันตราย	1.6	0.8	2.3	0.9	3.8	1.3	4.0	1.3	0.01	0.01
	อันตราย	0.3	0.6	0.6	0.9	0.9	1.3	0.9	1.5		
ประวัติฆ่าตัวตาย	ไม่มี	1.4	1.3	2.4	1.4	4.2	2.0	4.3	2.1	0.05	< 0.01
	มี	0.5	0.1	0.5	0.3	0.5	0.6	0.5	0.8		
ประวัติโรคจิตเวช	ไม่มี	1.2	0.7	1.9	0.8	3.1	1.2	3.2	1.3	< 0.01	< 0.01
	มี	0.7	0.7	1.0	0.2	1.6	1.4	1.6	1.6		

*สถิติ log-rank test.

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (n=1369)

	ไม่ทำซ้ำ (ร้อยละ)	ทำซ้ำ (ร้อยละ)	รวม	Unadjusted Hazard Ratio (95% CI)	Adjusted Hazard Ratio (95% CI)
เพศ					
หญิง	687 (94.5)	40 (5.5)	727	1	
ชาย	614 (95.6)	28 (4.4)	642	0.79 (0.49 - 1.28)	
อายุ					
≤ 19	291 (94.5)	17 (5.5)	308	1	
20 - 39	673 (94.3)	41 (5.7)	714	1.05 (0.60 - 1.85)	
≥ 40	337 (97.1)	10 (2.9)	347	0.53 (0.24 - 1.15)	
วิธีการ					
อันตรายต่ำ	870 (94.0)	56 (6.0)	926	1	1
อันตรายสูง	431 (97.3)	12 (2.7)	443	0.44 (0.24 - 0.83)*	0.47 (0.25 - 0.88)*
ประวัติฆ่าตัวตาย					
ไม่มี	1242 (95.3)	61 (4.7)	1303	1	1
มี	54 (88.5)	7 (11.5)	61	2.52 (1.15 - 5.51)*	2.43 (1.11 - 5.35)*
ประวัติโรคจิตเวช					
ไม่มี	1089 (96.0)	45 (4.0)	1134	1	1
มี	206 (90.0)	23 (10.0)	229	2.70 (1.63 - 4.46)**	2.39 (1.44 - 3.98)**

*p<0.05, **p < 0.01

โดยพบหกเดือนแรก 11 ราย หกเดือนหลัง 9 ราย และปีที่สองพบ 4 ราย โดยอัตราการเสียชีวิตสะสมเพิ่มขึ้นจนถึงปีที่ 5 (อัตราสะสมร้อยละ 2.6) ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราสะสมเมื่อสิ้นสุดการศึกษาปีที่ 9 (ร้อยละ 2.8) ตารางที่ 1

รูปที่ 3 แสดงกราฟประมาณค่า survival function ด้วยวิธีของ Kaplan-Meier โดยแกน X คือระยะเวลาติดตาม (วัน) นับจากวันที่มี index suicide attempt จนถึงวันที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย แกน Y คืออัตราผู้ที่ยังไม่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในแต่ละช่วงเวลาเทียบกับผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั้งหมดพบว่าร้อยละ 50 ของการเสียชีวิต (median time) เกิดภายใน 357 วัน (SD = 142.3)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย พบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ (p < 0.01) อายุ (p < 0.01) วิธีการ (p = 0.01) ประวัติการพยายาม

ฆ่าตัวตาย (p = 0.04) และประวัติโรคทางจิตเวช (p < 0.01) เมื่อนำปัจจัยดังกล่าวมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยแบบหลายตัวแปร พบปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง 2.21 เท่า (p = 0.03) ผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย 4.43 เท่า (p < 0.01) ผู้มีประวัติโรคทางจิตเวชมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช 4.86 เท่า (p < 0.01) ตารางที่ 3

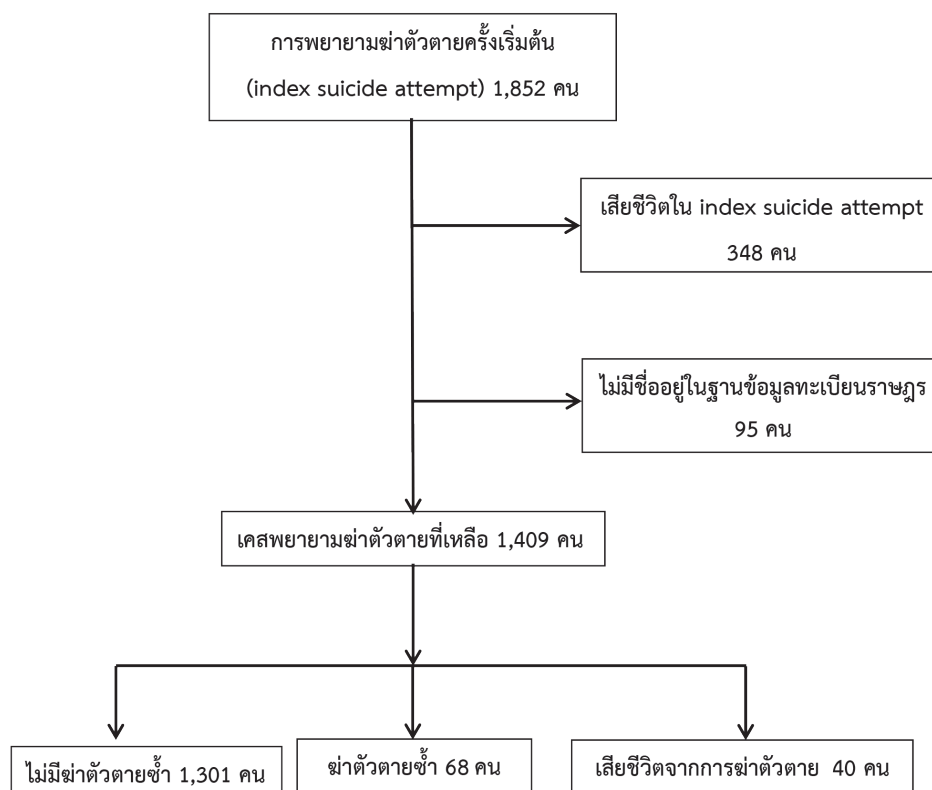
วิจารณ์

การศึกษานี้เก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่มาได้รับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ในช่วงเวลาดังกล่าวมาแล้ว ด้วยปัญหาพยายามฆ่าตัวตาย จุดแข็งของการศึกษานี้คือ 1) การมีผู้ป่วยในการศึกษาจำนวนมาก (1,409 คน)

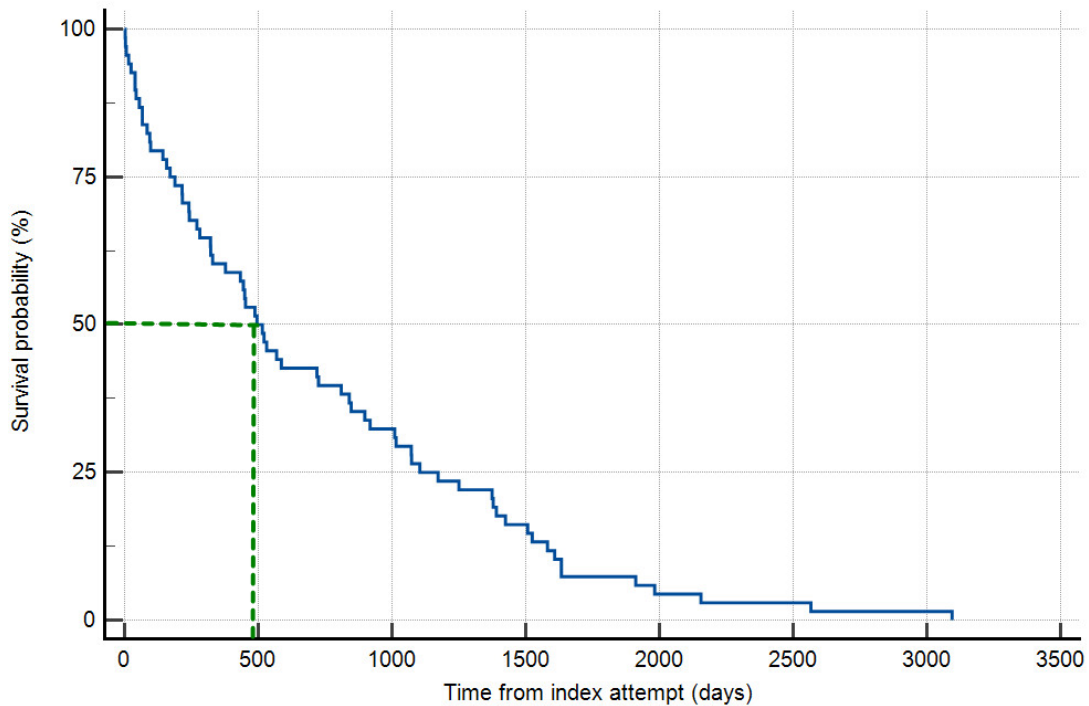
ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายหลังการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกเริ่มต้น (total n = 1341)

	ไม่เสียชีวิต (ร้อยละ)	เสียชีวิต (ร้อยละ)	รวม	Unadjusted Hazard Ratio (95% CI)	Adjusted Hazard Ratio (95% CI)
เพศ					
หญิง	687 (98.4)	11 (1.6)	698	1	1
ชาย	614 (95.5)	29 (4.5)	643	2.94 (1.47 - 5.90)**	2.21 (1.06 - 4.61)*
อายุ					
≤ 19	291 (98.6)	4 (1.4)	295	1	
20 - 39	673 (97.7)	16 (2.3)	689	1.75 (0.59 - 5.25)	
≥ 40	337 (94.4)	20 (5.6)	357	4.68 (1.60 - 13.70)**	
วิธีการ					
อันตรายต่ำ	870 (97.9)	19 (2.1)	889	1	
อันตรายสูง	431 (95.4)	21 (4.6)	452	2.26 (1.22 - 4.21)*	
ประวัติฆ่าตัวตาย					
ไม่มี	1242 (97.8)	28 (2.2)	1270	1	1
มี	54 (83.1)	11 (16.9)	65	7.23 (3.60 - 14.54)*	4.43 (2.07 - 9.50)**
ประวัติโรคจิตเวช					
ไม่มี	1089 (98.5)	17 (1.5)	1106	1	1
มี	206 (90.4)	22 (9.6)	228	6.92 (3.67 - 13.04)**	4.86 (2.48 - 9.54)**

*p < 0.05, **p < 0.01

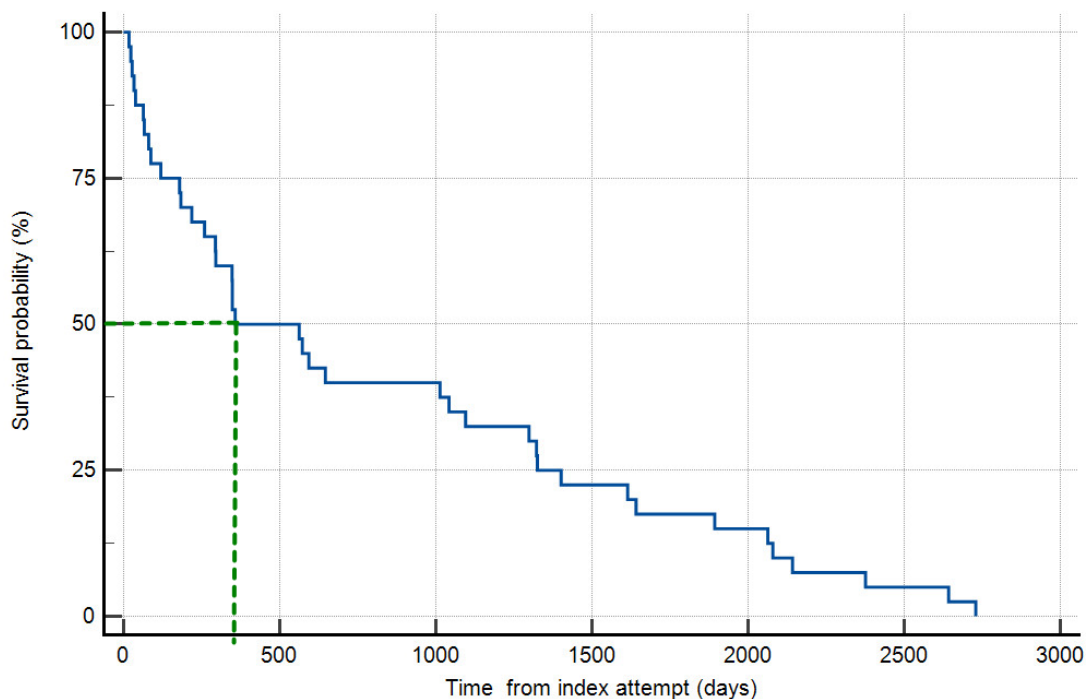


รูปที่ 1 แผนภาพลำดับการเก็บข้อมูลผู้ป่วยในการศึกษา



รูปที่ 2 กราฟ survival function โดยวิธี Kaplan-Meier ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำหลังการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกเริ่มต้น

*กราฟเส้นทึบสีน้ำเงินแสดงร้อยละของผู้ที่ยังไม่ได้กระทำซ้ำ เทียบกับจำนวนผู้ที่ทำซ้ำทั้งหมดในแต่ละช่วงเวลา โดยเริ่มต้นที่เวลา 0 วัน มีผู้ยังไม่ได้กระทำซ้ำจำนวนร้อยละร้อยละ และกราฟเส้นประสีเขียวแสดงถึงค่า median time โดยผู้ป่วยที่ยังไม่ได้กระทำซ้ำมีจำนวนเหลือร้อยละ 50 (แกน y) เมื่อเวลาผ่านไป 495 วัน (แกน x)



รูปที่ 3 กราฟ survival function โดยวิธี Kaplan-Meier ในผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายหลังการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกเริ่มต้น

*กราฟเส้นทึบสีน้ำเงินแสดงร้อยละของเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เทียบกับจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั้งหมดในแต่ละช่วงเวลา โดยเริ่มต้นที่เวลา 0 วัน มีผู้ยังไม่เสียชีวิตจำนวนร้อยละร้อยละ และกราฟเส้นประสีเขียวแสดงถึงค่า median time โดยผู้ป่วยที่ยังไม่เสียชีวิตมีจำนวนเหลือร้อยละ 50 (แกน y) เมื่อเวลาผ่านไป 357 วัน (แกน x)

ทำให้ข้อมูลที่ได้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกช่วงวัย และทุกระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตาย 2) มีการติดตามข้อมูลเป็นระยะเวลานาน การศึกษาอุบัติการณ์ของพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำในต่างประเทศส่วนใหญ่จะติดตามข้อมูลนาน 1 - 3 ปีเนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่พบอุบัติการณ์สูงสุด^{9,13-15,23,24} โดยมีบางการศึกษาติดตามระยะยาว 4 - 10 ปี²⁵⁻²⁸ ในการศึกษาที่ติดตามข้อมูลผู้ป่วยอย่างต่ำ 3 ปี และนานสุด 9 ปี จึงทำให้เห็นภาพว่าหลังช่วงเวลาที่พบสูงสุดแล้วอุบัติการณ์พฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำเป็นอย่างไร 3) การติดตามผล มีการศึกษาทั้งในด้านการพยายามฆ่าตัวตายและการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายซึ่งมาจากการฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ทำให้มีข้อมูลพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ครอบคลุม 4) การวิเคราะห์ที่ใช้สถิติระยะปลอดเหตุการณ์ (survival analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลการเกิดเหตุการณ์ (event) และระยะเวลาจากจุดเริ่มต้นจนถึงเหตุการณ์ (time to event) โดยนำข้อมูลที่ไม่ทราบว่าจะเกิดเหตุการณ์ขึ้นหรือไม่ (censored) มาวิเคราะห์ร่วมด้วย ทำให้สามารถนำผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเกิดเหตุการณ์แตกต่างกันเข้ามาสู่การวิเคราะห์ร่วมกันทั้งหมดได้ อีกทั้งยังสามารถแสดงความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มีเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา

การเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ

พฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ ในการศึกษานี้ได้แก่ การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ หรือการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายหลังจากผู้ป่วยมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลแล้ว

อัตราการการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในการศึกษานี้พบร้อยละ 4.8 ซึ่งค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานการศึกษาต่างๆ²⁹ ดังเช่นการศึกษาในประเทศเดนมาร์ก จากฐานข้อมูลประชากรของประเทศในผู้ป่วยที่มาแผนกฉุกเฉินด้วยปัญหาพยายามฆ่าตัวตาย ระยะเวลาติดตามข้อมูลนาน 6 ปี พบมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำร้อยละ 16³⁰ และการศึกษาในสเปนในผู้ป่วยที่มาแผนกฉุกเฉินด้วยปัญหาพยายามฆ่าตัวตาย พบมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำร้อยละ 20.1²⁴ อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยในการศึกษานี้จำนวนหนึ่งเป็นผู้ป่วยส่งต่อจากอำเภอต่างๆ ซึ่งเมื่อมีการกระทำซ้ำอาจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ไม่ได้ส่งต่อมายังโรงพยาบาลเชิงรพาระยะยาว อย่างไรก็ตาม เมื่อดูข้อมูลเฉพาะผู้ที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง ก็พบว่าอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำยังต่ำเช่นกัน (ร้อยละ 6.3) การพบการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำไม่สูงดังประเทศทางตะวันตกอาจเป็นจากลักษณะของผู้ป่วยในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง เช่น ข้อมูล

การศึกษาในประเทศอินเดีย ศรีลังกา จีน บราซิล และอิหร่าน พบอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำร้อยละ 7.5³¹

การพยายามฆ่าตัวตายในการศึกษานี้ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการกระทำซ้ำอีกเพียงหนึ่งครั้ง (ร้อยละ 87.9) สูงกว่าการศึกษาในได้วันที่พบการกระทำซ้ำหนึ่งครั้งร้อยละ 80.9²³ ร้อยละ 50 ของการพยายามฆ่าตัวตายครั้งต่อไป (median time) ในการศึกษาที่เกิดขึ้นภายใน 1.3 ปี โดยพบสูงสุดในปีแรกได้แก่ร้อยละ 42.4 ของการกระทำซ้ำทั้งหมด และปีที่สองพบร้อยละ 19.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ ว่าการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจะสูงใน 1 - 2 ปีแรก^{28,32,33}

อัตราการการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายซ้ำในการศึกษานี้พบร้อยละ 2.8 (ร้อยละ 1.4 ในปีแรก) และแทบทั้งหมด (ร้อยละ 92.5) เสียชีวิตในการกระทำครั้งถัดจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก เริ่มต้นโดยเมื่อเวลาหลัง index suicide attempt 5 ปี พบร้อยละ 2.6 สูงกว่าการศึกษาในประเทศเดนมาร์กและสเปน ซึ่งมีระยะเวลาการศึกษานานประมาณ 5 - 6 ปี พบการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายร้อยละ 1.4³⁰ และร้อยละ 1.2²⁴ ตามลำดับ ขณะที่การศึกษาระยะยาว เช่น การศึกษาของ Gibb ในประเทศนิวซีแลนด์ พบว่าอัตราการเสียชีวิตสะสมเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป โดยเมื่อ 5 ปีหลังการกระทำครั้งแรกเริ่มต้น พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.9 ขณะที่เมื่อ 10 ปีพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 4.5²⁸ และการศึกษาของ Zahi และ Hawton ในประเทศอังกฤษซึ่งเก็บข้อมูลในผู้ป่วยนานเฉลี่ยประมาณ 11 ปี พบอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายร้อยละ 2.9³⁴ อาจกล่าวได้ว่าอัตราการการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายหลัง index suicide attempt ในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับวิธีการศึกษา ระยะเวลาที่ศึกษา และปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายที่อาจมีความความจำเพาะตามบริบทของแต่ละวัฒนธรรม

ระยะเวลาดังแต่การพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกเริ่มต้นไปจนถึงวันที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ในการศึกษาที่พบตั้งแต่ 17 วัน ไปจนถึง 7.5 ปี โดยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงสุดในปีแรก (ร้อยละ 50) และร้อยละ 10.0 และ 7.5 ในปีที่ 2 และ 3 ตามลำดับ (รวมร้อยละ 67.5) ขณะที่การศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์พบในปีแรกร้อยละ 31 และร้อยละ 14.7 และ 13.0 ในปีที่ 2 และ 3 ตามลำดับ (รวมร้อยละ 58.7)²⁸ โดยรวมพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในการศึกษานี้ค่อนข้างมาทางสูง และพบเกิดขึ้นเร็ว เมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆ บ่งบอกว่าผู้ป่วยที่กระทำซ้ำในการศึกษานี้มีลักษณะตั้งใจฆ่าตัวตายสูง ดังจะเห็นได้

จากวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ได้แก่การแขวนคอและการใช้สารกำจัดศัตรูพืช ซึ่งเป็นวิธีการที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

การศึกษานี้ไม่พบว่าเพศและช่วงอายุ มีผลต่อความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Mendez-Bustos และคณะ ที่พบว่าแม้จะมีบางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพศหญิง และมีอายุไม่มาก (18 - 29 ปี) มีความเสี่ยงสูงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ แต่รายงานส่วนใหญ่ไม่พบความแตกต่างในด้านเพศ และอายุระหว่างผู้ที่กระทำครั้งเดียวกับผู้กระทำซ้ำ²⁹ ในด้านความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายการศึกษานี้พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิงราว 2 เท่า ในขณะที่การศึกษาอื่นๆ ยังไม่มีข้อสรุปในทางเดียวกัน เช่น บางรายงานที่พบเพศชายมากกว่า^{28,34} ในขณะที่บางรายงานพบในเพศหญิงมากกว่า³⁵ หรือไม่พบว่ามีผลแตกต่างระหว่างเพศ³⁶

การศึกษาต่างๆ พบว่าผู้ป่วยที่ใช้วิธีอันตรายต่ำมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการกระทำซ้ำ^{28,37} และผู้ป่วยที่ใช้วิธีอันตรายสูงมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย^{28,37,38} ขณะที่ในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้วิธีอันตรายต่ำมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการกระทำซ้ำ แต่ในผู้ป่วยที่ใช้วิธีอันตรายสูงนั้นเมื่อวิเคราะห์โดยควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้ว ไม่พบว่ามีผลต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ

การมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายและมีประวัติโรคทางจิตเวช พบมีความเสี่ยงสูงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (ประมาณ 2.5 เท่าของผู้ไม่มีประวัติ) และการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (ประมาณ 4.5 เท่าของผู้ไม่มีประวัติ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ^{4,29,32,39-41} โดยในการศึกษาอื่นพบว่าโรคทางจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่โรคจิตต่างๆ โรคอารมณ์สองขั้ว และโรคซึมเศร้า^{29,32,38} อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่มีข้อมูลการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเนื่องจากกลุ่มที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉินซึ่งแพทย์ผู้ดูแลสาขาอื่น มักไม่ได้ลงการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชหรือระบุการวินิจฉัยเพียงกว้างๆ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเชิงรายประชาชนเฉพาะ ไม่ครอบคลุมประชากรในชุมชนทั้งหมด อาจมีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายจำนวนหนึ่งที่ใช้วิธีการไม่รุนแรง ทุเลาเอง หรือผู้ป่วยอาจซื้อยาจากร้านขายยา ไปรักษาที่คลินิก สถานเอนกมัย หรือโรงพยาบาลเอกชน นอกจากนี้ ผู้พยายามฆ่าตัวตายครึ่งเริ่มต้น

ในการศึกษานี้ จำนวนหนึ่งเป็นผู้ป่วยซึ่งโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงรายส่งตัวมารับการรักษาต่อ ผู้ป่วยเหล่านี้หากในการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ มีอาการไม่รุนแรง อาจได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชน และไม่ได้ส่งตัวมายังโรงพยาบาลเชียงรายประชาชนเฉพาะ ทำให้ข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำต่ำกว่าความเป็นจริงระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะผู้ที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองก็พบว่าอัตราไม่ต่างกันมากนัก ส่วนในกรณีของข้อมูลการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายนั้นเป็นข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรซึ่งครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ อุบัติการณ์การเสียชีวิตจึงมีความเชื่อถือได้สูง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังข้อมูลอาจไม่ครบถ้วนหรือมีความคลาดเคลื่อน ซึ่งผู้วิจัยได้แก้ไขโดยสืบข้อมูลจากหลายแหล่ง เช่น จากเวชระเบียนผู้ป่วย แบบเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง 506.S และบันทึกการให้คำปรึกษาของกลุ่มงานจิตเวชมาประกอบเพื่อให้ข้อมูลครบถ้วนมากที่สุด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสำคัญอื่นๆ ที่มีผลต่ออัตราการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ เช่น โรคทางจิตเวชที่ป่วยอยู่ในปัจจุบัน การดื่มสุรา การมีโรคเรื้อรังทางร่างกาย หรือภาวะกดดันต่างๆ ซึ่งไม่อาจเก็บข้อมูลในการศึกษานี้ได้เพราะซึ่งเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง จึงควรมีการศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าเพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำต่อไป

สรุป

การศึกษานี้พบอัตราการการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำร้อยละ 4.8 ซึ่งค่อนข้างต่ำกว่าการศึกษาอื่น โดยส่วนใหญ่เป็นการกระทำซ้ำอีกเพียงหนึ่งครั้ง และพบสูงสุดในปีแรก (ร้อยละ 42.4) ขณะที่อัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในเวลาต่อมาพบร้อยละ 2.8 และพบสูงสุดในปีแรก (ร้อยละ 50) ผู้ป่วยที่ใช้วิธีอันตรายต่ำมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการกระทำซ้ำ ผู้ป่วยที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือมีประวัติโรคทางจิตเวช พบมีความเสี่ยงสูงต่อทั้งการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายจึงควรระวังการเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือมีประวัติโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะในระยะหกเดือนถึงหนึ่งปีแรกซึ่งเป็นช่วงเวลาที่พบอุบัติการณ์ทำซ้ำสูง

เอกสารอ้างอิง

1. National Suicide Prevention Center, Thailand. Suicide rates categorized by provinces (GIS). <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/map/> (accessed 11 Aug2022).
2. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization, 2014.
3. Uribe IP, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Parés G, Batalla MG, Capdevila ML, Meca AC, et al. Attempted and completed suicide: not what we expected? *J Affect Disord* 2013; 150: 840-6.
4. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *Am J Psychiatry* 2016; 173: 1094-100.
5. Finkelstein Y, Macdonald EM, Hollands S, Sivilotti ML, Hutson JR, Mamdani MM, et al. Risk of suicide following deliberate self-poisoning. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 570-5.
6. Vuagnat A, Jollant F, Abbar M, Hawton K, Quantin C. Recurrence and mortality 1 year after hospital admission for non-fatal self-harm: a nationwide population-based study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020; 29.
7. Geulayov G, Casey D, Bale L, Brand F, Clements C, Farooq B et al. Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 1021-30.
8. Pimratana W, Kamonpan J. The risk factors of suicide reattempts in psychiatric patients, Buri Ram Hospital. *Med J Srisaket Surin Buriram Hosp* 2020; 35: 739-48.
9. Ruengorn C, Sanichwankul K, Niwatananun W, Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Patumanond J. Incidence and risk factors of suicide reattempts within 1 year after psychiatric hospital discharge in mood disorder patients. *Clin Epidemiol* 2011; 3: 305-13.
10. Betz ME, Boudreaux ED. Managing suicidal patients in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2016; 67: 276-82.
11. Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 28-33.
12. Cedereke M, Öjehagen A. Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 101-9.
13. Chandrasekaran R, Gnanaselane J. Predictors of repeat suicidal attempts after first-ever attempt: a two-year follow-up study. *East Asian Arch Psychiatry* 2008; 18: 131-5.
14. Heyerdahl F, Bjornaas MA, Dahl R, Hovda KE, Nore AK, Ekeberg O, et al. Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 73-9.
15. Kapur N, Cooper J, King-Hele S, Webb R, Lawlor M, Rodway C et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 1599-609.
16. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PloS One* 2014; 9: e89944.
17. Miller IW, Camargo CA, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, et al. Suicide prevention in an emergency department population: the ED-SAFE study. *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 563-70.
18. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 726-32.
19. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC Public Health* 2007; 7: 1-15.
20. Chaiprakarn W, Kanjanakaroon R, Pongkaew W, Lotrakul M. Characteristics of attempted suicide patients presenting to Chiang Rai Prachanukroh hospital during 2012-2016. *Chiang Mai Med J* 2019; 58: 57-67.
21. Elnour AA, Harrison J. Lethality of suicide methods. *Inj Prev* 2008; 14: 39-45.
22. Lim M, Lee SU, Park J-I. Difference in suicide methods used between suicide attempters and suicide completers. *Int J Ment Health Syst* 2014; 8: 1-4.
23. Chen I-M, Liao S-C, Lee M-B, Wu C-Y, Lin P-H, Chen WJ. Risk factors of suicide mortality among multiple attempters: a national registry study in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2016; 115: 364-71.
24. Parra-Uribe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Parés G, Martínez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebrià-Meca A et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: a survival analysis. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 1-11.
25. Géhin A, Kabuth B, Pichené C, Vidailhet C. Ten year follow-up study of 65 suicidal adolescents. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 18: 117-25.
26. Oh SH, Park KN, Jeong SH, Kim HJ, Lee CC. Deliberate self-poisoning: factors associated with recurrent self-poisoning. *Am J Emerg Med* 2011; 29: 908-12.
27. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol* 2008; 167: 1155-63.
28. Gibb SJ, Beautrais AL, Fergusson DM. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 95-100.
29. Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. Suicide reattempts: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry* 2013; 21: 281-95.
30. Fedyszyn IE, Erlangsen A, Hjorthøj C, Madsen T, Nordentoft M. Repeated suicide attempts and suicide among individuals with a first emergency department contact for attempted suicide: a prospective, nationwide, Danish register-based study. *J Clin Psychiatry* 2016; 77: 832-40.
31. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, et al. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low-and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. *Crisis J Crisis Interv Suicide Prev* 2010; 31: 194-201.
32. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 193-9.
33. Christiansen E, Frank Jensen B. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41: 257-65.
34. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583



- patients. Br J Psychiatry 2004; 185: 70-5.
35. Ostamo A, Lönnqvist J. Excess mortality of suicide attempters. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001; 36: 29-35.
36. Beautrais AL. Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. Suicide Life Threat Behav 2004; 34: 1-11.
37. Huang Y-C, Wu Y-W, Chen C-K, Wang L-J. Methods of suicide predict the risks and method-switching of subsequent suicide attempts: a community cohort study in Taiwan. Neuropsychiatr Dis Treat 2014; 10: 711-8.
38. Runeson B, Haglund A, Lichtenstein P, Tidemalm D. Suicide risk after nonfatal self-harm: a national cohort study, 2000-2008. J Clin Psychiatry 2016; 77: 240-6.
39. Kwok C-L, Yip PS, Gunnell D, Kuo C-J, Chen Y-Y. Non-fatal repetition of self-harm in Taipei City, Taiwan: cohort study. Br J Psychiatry 2014; 204: 376-82.
40. Hulten A, Jiang G-X, Wasserman D, Hawton K, Hjelmeland H, De Leo D, et al. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. Eur Child Adolesc Psychiatry 2001; 10: 161-9.
41. Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox HC, Munfakh JLH, Shaffer D. Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008; 47: 32-40.