

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

กัณตพัฒน์ ราชไชยา*, มุทิตา พนาสติดิษฐ์**

*กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและวิเคราะห์แบบย้อนหลัง ในกลุ่มผู้ป่วยช่วงอายุ 20 - 60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเป็นครั้งแรก และอยู่ในช่วง 6 เดือนแรกของการรักษา ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ในปี พ.ศ. 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ chi-square test, Fisher's Exact test, Kruskal-Wallis test, binary logistic regression และ multivariable logistic regression

ผลการศึกษา ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 441 คน มีค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 31 ปี (IQR = 28) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 - 30 ปี จำนวน 211 คน (ร้อยละ 47.9) เพศหญิง ร้อยละ 73.9 พบว่าร้อยละ 72.8 อยู่ในสถานภาพโสด และว่างงาน ร้อยละ 58.7 พบความชุกของความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 64.0 ในกลุ่มนี้แบ่งเป็นผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 37.9 และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 26.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยการวิเคราะห์แบบ multivariable logistic regression พบ 2 ปัจจัย ได้แก่ เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (AOR 104.09, 95% CI 43.51-249.04) และการทำให้ตัวเองบาดเจ็บ (AOR 65.15, 95% CI 21.44-197.97)

สรุป จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้า ได้แก่ การทำให้ตัวเองบาดเจ็บ และเป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องตระหนักในการประเมินผู้ป่วยซึมเศร้า และอาจเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าได้

คำสำคัญ โรคซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย การคิดอยากฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย

Prevalence and Factors Associated with Suicidality in Patients with Major Depressive Disorder in Charoenkrung Pracharak Hospital

Kuntapat Rachchaiya*, Muthita Phanasathit**

*Psychiatric Department, Charoenkrung Pracharak Hospital

**Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the prevalence of suicidality among patients diagnosed with major depressive disorder and to identify factors associated with suicidality in these patients at Charoenkrung Pracharak Hospital.

Methods: A retrospective descriptive-analytic study was conducted on patients between the ages of 20 - 60 years, diagnosed with major depressive disorder for the first time and were treated within the six-month period of being diagnosed at Charoenkrung Pracharak Hospital throughout 2022. The study involved the use of questionnaires that consisted of demographic data, a depression rating scale consisting of 9 questions (9Q), and a suicidal rating scale consisting of 8 questions (8Q). The data were analyzed using chi-square test, Fisher's Exact test, Kruskal-Wallis test, binary logistic regression, and multivariable logistic regression.

Results: The study involved 441 patients diagnosed with major depressive disorder, with a median age of 31 years (IQR = 28). Among them, 211 patients (47.9%) were between the ages of 20 - 30 years. The majority of the patients were females 73.9%, no couples 72.8%, and unemployed 58.7%. The prevalence of suicidality was 64.0%. These include 37.9% of suicidal ideations and 26.1% of suicidal attempts. The two factors that were statistically significant related to suicidality, as analyzed by multivariable logistic regression, were severe major depressive disorder (AOR 104.09, 95% CI 43.51-249.04) and self-harm (AOR 65.15, 95% CI 21.44-197.97).

Conclusion: The study identified self-harm and severe major depressive disorder as significant factors associated with suicidality in patients with major depressive disorder. These factors must be considered while evaluating patients with major depressive disorder and may be effective methods for preventing suicide in such patients.

Keywords: major depressive disorder, suicidality, suicidal ideation, suicidal attempt

Corresponding author: Kuntapat Rachchaiya

E-mail: kissinkurami@hotmail.com

Received 31 August 2023 Revised 2 October 2023 Accepted 3 October 2023

บทนำ

ผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่มักมีอาการเบื่อหน่ายทำอะไรไม่สนใจทำอะไร มีปัญหาการนอนไม่ค่อยมีแรง เบื่ออาหารทำอะไรเข้าลง¹⁻² และมีอาการสำคัญ คือ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ มีความคิดอยากฆ่าตัวตายมากกว่าร้อยละ 50³ และพบว่าผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะมีแนวโน้มอย่างสูงที่จะพยายามฆ่าตัวตาย และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายบ่อยครั้งก็มีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จในที่สุด⁴⁻⁵ โดยมีความชุกของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจนฆ่าตัวตายสำเร็จมากถึงร้อยละ 79⁶ ปัญหาการฆ่าตัวตายจึงเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ทำให้เกิดการสูญเสียด้านทรัพยากรบุคคล และส่งผลกระทบต่อทางจิตต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยมีอัตราผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ 9 คนต่อประชากรแสนคน⁷ โดยในทุกๆ 40 วินาที จะมีผู้คนทั่วโลกฆ่าตัวตาย 1 คน และมีแนวโน้มจะมีอัตราผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี⁸ โดยร้อยละ 50 - 70 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า⁹ ในแถบเอเชียมีการศึกษาในประเทศจีน พบความชุกของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 53.4 โดยจะมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 40 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน¹⁰ สถิติของประเทศไทยโดยกรมสุขภาพจิตพบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี โดยเมื่อดูจากสถิติย้อนหลัง 10 ปี พบว่าเมื่อปี พ.ศ. 2553 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 5.9 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นเป็น 7.37 ต่อประชากรแสนคน¹¹ มีการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าในช่วง 6 เดือนแรก มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 76.4 โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร¹²

การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่กรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอ้างอิงจากสถิติของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 - 2564 พบอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 2.21, 3.17 และ 4.51 ตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์เป็นโรงพยาบาลที่มีสถิติผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายสูงสุด 3 อันดับแรกของโรงพยาบาลในสังกัดของสำนักงานแพทย์ ตลอดระยะเวลา 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 - 2564 ในปี 2565 พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์มีสถิติสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์

กรุงเทพมหานครทั้ง 11 โรงพยาบาล โดยมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนทั้งสิ้น 7,375 คนจำนวน 16,393 ครั้ง และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการสูงสุดเป็นอันดับ 1 โดยมีจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการทั้งรายเก่าและรายใหม่จำนวนทั้งสิ้น 1,223 คน การเฝ้าระวังผู้ป่วยซึมเศร้าในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์โดยการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจึงสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการลดอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย¹³⁻¹⁴

ฉะนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาความชุกของผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (suicidality) ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) รวมถึงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt)¹⁵⁻¹⁶ และศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้า (major depressive disorder) เพื่อทราบขนาดของปัญหาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายเพื่อนำไปสู่การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective descriptive-analytic study) เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยการศึกษาวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ S014hc/66_EXP รับรองวันที่ 26 มิถุนายน 2566

กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) มาก่อน ที่รับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ในปี พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 criteria¹ ร่วมกับคะแนนประเมินโรคซึมเศร้าจากแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ที่ได้คะแนนมากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป โดยเก็บข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียน โดยดูการวินิจฉัยตามระบบ ICD-10 รหัส F32.0 - F32.3 และ F32.9 กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 20 - 60 ปี และอยู่ในช่วง 6 เดือนแรกของการรักษา โดยจะเลือกเก็บข้อมูลในครั้งที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงสุด ได้แก่ พยายามฆ่าตัวตาย คิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่มีความคิด

อยากฆ่าตัวตาย รวมถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) โรคจิตประเภทรูปอื่น (other psychotic disorder) โรคอารมณ์ 2 ขั้ว (bipolar disorder) หรือเคยมีประวัติ mania หรือ hypomania ก่อนหน้านี้ และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดจากโรคทางกายหรือการใช้ยาเสพติด

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จะคัดเลือกผู้ป่วยทั้งหมดที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ อาชีพ ประวัติครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช ประวัติโรคจิตกักขังร่วม (anxiety disorder) ประวัติโรคเกี่ยวกับการใช้สุรา (alcohol use disorder) ประวัติการรักษาโดยใช้ยากกลุ่มคลายกังวลร่วม (benzodiazepine) ที่ได้รับหลังการวินิจฉัยการพาดำย เพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและนำไปใช้หาความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย
2. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) โดยนักจิตวิทยาเป็นผู้สัมภาษณ์ เพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าและระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า 9 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ไม่มีอาการเลยให้ค่าคะแนน = 0 เป็นบางวันให้ค่าคะแนน = 1 เป็นบ่อยให้ค่าคะแนน = 2 และเป็นทุกวันให้ค่าคะแนน = 3 มีค่าคะแนนรวมสูงสุด 27 คะแนน จุดตัดของคะแนนคือตั้งแต่ 7 ขึ้นไป มีค่าความไว ร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้อง ร้อยละ 83.29 ค่า positive likelihood ratio = 5.10 ค่า ROC area 0.897 (95%CI 0.85 - 0.943)² โดยแบบประเมินดังกล่าวได้อนุญาตให้ใช้อย่างแพร่หลายแบบสาธารณะโดยกรมสุขภาพจิต ซึ่งส่งเสริมให้ใช้เป็นแบบคัดกรองมาตรฐานในเวชปฏิบัติ การแปลผลคะแนน <7 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก 7 - 12 คะแนนมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย 13 - 18 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ≥19 คะแนนมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยข้อมูลจากแบบประเมิน 9Q ที่จะนำมา

ใช้วิเคราะห์ทางสถิติ ได้แก่ ไม่สนใจทำอะไร ดูจากแบบประเมิน 9Q ข้อ 1 ซึมเศร้าทำอะไรดูจากแบบประเมิน 9Q ข้อ 2 หลับยากนอนไม่หลับดูจากแบบประเมิน 9Q ข้อ 3 ไม่ค่อยมีแรงดูจากแบบประเมิน 9Q ข้อ 4 เบื่ออาหารดูจากแบบประเมิน 9Q ข้อ 5 คิดว่าตัวเองล้มเหลวดูจากแบบประเมิน 9Q ข้อ 6 สมองไม่ดีดูจากแบบประเมิน 9Q ข้อ 7 ทำอะไรช้าลงดูจากแบบประเมิน 9Q ข้อ 8 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าดูจากผลรวมของคะแนนจากแบบประเมิน และค่าผลรวมคะแนนจากแบบประเมิน 9Q ของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งปัจจัยทั้งหมดจะถูกนำไปวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

3. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) โดยนักจิตวิทยาเป็นผู้สัมภาษณ์ เพื่อประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และได้ไม่ได้ ค่า kappa 0.86 ค่าความไว ร้อยละ 96 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 91 positive predictive value ร้อยละ 90 negative predictive value ร้อยละ 97¹⁷⁻¹⁸ โดยแบบประเมินดังกล่าวได้อนุญาตให้ใช้อย่างแพร่หลายแบบสาธารณะโดยกรมสุขภาพจิต ซึ่งส่งเสริมให้ใช้เป็นแบบคัดกรองมาตรฐานในเวชปฏิบัติ การแปลผล 0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย 1 - 8 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในระดับน้อย 9 - 16 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในระดับรุนแรง โดยข้อมูลนี้นำมาใช้วิเคราะห์ทางสถิติจากแบบประเมิน 8Q ได้แก่ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บดูจากแบบประเมิน 8Q ข้อ 6 และผลคะแนนรวมของ 8Q ในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อนำไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย และนอกจากนี้ยังใช้ข้อมูลจาก 8Q ประกอบในการดูความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การคิดอยากฆ่าตัวตายดูจากแบบประเมิน 8Q ข้อ 3 และการพยายามฆ่าตัวตายดูจากแบบประเมิน 8Q ข้อ 7 และต้องมีรหัสการวินิจฉัยตาม ICD 10 เป็นรหัสของการพยายามฆ่าตัวตาย รหัส X60 - X84 ในช่วงของการศึกษาร่วมด้วย

การเก็บข้อมูลจะเป็นการเก็บข้อมูลตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร จากการทบทวนบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 criteria¹ ร่วมกับดูการวินิจฉัยตามระบบ ICD-10 รหัส F32.0 - F32.3 และ F32.9 โดยอยู่ในช่วง 6 เดือนแรกของการรักษา โดยเลือกเก็บข้อมูลในครั้งที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงสุด ส่วนข้อมูลโรคร่วม โรควิตกกังวล (anxiety disorder) ดูจาก ICD-10 รหัส F40-F41 และโรคที่เกี่ยวกับการใช้สุรา (alcohol use disorder) ดูจาก ICD-10 รหัส F10.10, F10.20 และวินิจฉัยโรคร่วมโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 criteria¹ ที่ระบุไว้ในเวชระเบียน และผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q และ 8Q จากการสัมภาษณ์โดยนักจิตวิทยา

การวิเคราะห์ข้อมูล ความชุกนำเสนอเป็นร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย สถิติเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ คะแนนรวมจากแบบประเมิน 9Q และ 8Q นำเสนอเป็นค่ามัธยฐาน และ interquartile range (IQR) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายโดยใช้ Kruskal-Wallis test สถิติเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ สถานภาพ อาชีพ และประวัติครอบครัวเป็นโรคจิตเวช ซึ่งหมายถึงโรคจิตเวชที่มีโอกาสถ่ายทอดทางพันธุกรรมสูง ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว ปัจจัยอาการทางคลินิก โรควิตกกังวลร่วม โรคการใช้สุรา ร่วม การใช้จ่ายคลายกังวล การพักอาศัย นำเสนอเป็นจำนวนร้อยละ สถิติเชิงอนุมาน ใช้การทดสอบ chi-square test และ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป อาการของโรคซึมเศร้า กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อ $p\text{-value} < .05$ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย คือ ผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายรวมกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยตัดผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จออก เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (no suicidal idea) ทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติโดยใช้ binary logistic regression ส่วนการเปรียบเทียบปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายเทียบกับผู้ที่ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย กลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเทียบกับ

ผู้ที่ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเทียบกับผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย จะทดสอบทางสถิติโดยใช้ multivariable logistic regression โดยคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่ตัวแบบวิเคราะห์ในรูปแบบต่างๆ จากผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระซึ่งได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน อาการของโรคซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือ ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นำเสนอเป็นค่า adjusted odds ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 441 คน มีค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 31 ปี (IQR = 28 ปี) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 - 30 ปี 211 คน คิดเป็นร้อยละ 47.9 เป็นเพศชาย 115 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1 เพศหญิง 326 คน คิดเป็นร้อยละ 73.9 พบว่าร้อยละ 72.8 อยู่ในสถานภาพโสด ซึ่งหมายถึงกลุ่มผู้ที่มีสถานะ โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ว่างงาน ร้อยละ 58.7 อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 51.5 และมีประวัติเป็นโรคจิตเวชในครอบครัว ร้อยละ 55.1 ดังแสดงในตารางที่ 1

ความชุกของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายจากการศึกษาอยู่ที่ร้อยละ 64 มีจำนวน 282 คน แยกเป็นผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย 167 คน คิดเป็นร้อยละ 37.9 และผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย 115 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1 โดยพบความชุกของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย คือผู้ที่ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย 158 คน คิดเป็นร้อยละ 35.8 ส่วนผู้ป่วยซึมเศร้าที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ (death from suicide) จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.2 จำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายตามนิยามที่อ้างอิง¹⁵⁻¹⁶ และมีจำนวนเพียง 1 คน จึงไม่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติร่วมด้วยในตารางที่ 2 - 5

ข้อมูลของอายุเก็บข้อมูลเป็นปี ซึ่งเป็นข้อมูลต่อเนื่องเชิงปริมาณและพบการกระจายตัวของข้อมูลแบบไม่ปกติ โดยพบการกระจายตัวสูงในช่วงอายุ 20 - 30 ปี จึงนำเสนออายุเป็นค่ามัธยฐาน และ IQR โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีค่ามัธยฐานของอายุ 31 ปี (IQR 28) กลุ่มผู้ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายมีค่ามัธยฐานของอายุ 44.5 ปี (IQR 29) ผู้มีความคิดอยากฆ่าตัวตายมีค่ามัธยฐานของอายุ 27 ปี (IQR 23) ผู้มีความพยายามในการฆ่าตัวตายมีค่ามัธยฐานของอายุ 24 ปี (IQR 15) และเมื่อนำมาวิเคราะห์

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน) (N=441)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	115	26.1
หญิง	326	73.9
ช่วงอายุ		
20 - 30	211	47.9
31 - 40	68	15.4
41 - 50	52	11.8
51 - 60	110	24.9
สถานภาพ		
มีคู่	120	27.2
ไร้คู่	321	72.8
อาชีพ		
มีอาชีพ	182	41.3
ว่างงาน	259	58.7
ประวัติครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช		
มี	243	55.1
ไม่มี	198	44.9
โรคจิตตกกังวลร่วม		
มี	168	38.1
ไม่มี	273	61.9
โรคเกี่ยวกับการใช้สุรา		
มี	95	21.5
ไม่มี	346	78.5
การพักอาศัยอยู่คนเดียว		
ใช่	227	51.5
ไม่ใช่	214	48.5
การใช้ยาคลายกังวลร่วม		
ใช่	318	72.1
ไม่ใช่	123	27.9
ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ		
ไม่คิดฆ่าตัวตาย	158	35.8
มีความคิดฆ่าตัวตาย	167	37.9
พยายามฆ่าตัวตาย	115	26.1
ฆ่าตัวตายสำเร็จ	1	00.2

ความแตกต่างของแต่ละกลุ่มโดยการทดสอบทางสถิติโดยใช้ Kruskal-Wallis test พบค่า p-value <.001 ซึ่งแสดงว่าแต่ละกลุ่มมีค่ามัธยฐานของอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการกระจายตัวของข้อมูลด้านอายุและสถิติผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พบว่าช่วงอายุ 20 - 30 ปี เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มากที่สุด จึงเป็นเหตุผลที่ตัดเอาช่วงอายุนี้นี้มาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

จากการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ chi-square test และ Fisher's Exact test พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไปในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายโดยไม่นับรวมผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ได้แก่ปัจจัยดังต่อไปนี้ ช่วงอายุ 20 - 30 ปี สถานภาพไร้คู่ ว่างงาน มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว มีโรคจิตตกกังวลร่วม มีโรคเกี่ยวกับการใช้สุรา ร่วม การอาศัยอยู่คนเดียว การใช้ยาคลายกังวลร่วม ดังแสดงในตารางที่ 2

จากแบบประเมิน 9Q และ 8Q พบว่าผลคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแบบประเมินมีการกระจายตัวที่ไม่ปกติ จึงนำเสนอเป็นค่ามัธยฐานและ IQR ของแต่ละกลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีค่ามัธยฐานผลรวมคะแนนรวมจากแบบประเมิน 9Q = 8 คะแนน (IQR 1) มัธยฐานผลรวมแบบประเมิน 8Q = 0 คะแนน (IQR 0) กลุ่มที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายมัธยฐานผลรวมคะแนน 9Q = 16 คะแนน (IQR 4) มัธยฐานผลรวมแบบประเมิน 8Q = 9 คะแนน (IQR 4) และกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายมัธยฐานผลรวมคะแนน 9Q = 20 คะแนน (IQR 2) มัธยฐานผลรวมแบบประเมิน 8Q = 21 คะแนน (IQR 10) โดยเมื่อนำผลรวมคะแนนมาทดสอบทางสถิติโดยใช้ Kruskal-Wallis test พบค่า p-value <.001 ทั้ง 2 แบบประเมิน ซึ่งแสดงว่าแต่ละกลุ่มมีค่ามัธยฐานของคะแนนของแบบประเมิน 9Q และ 8Q แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อนำปัจจัยด้านอาการซึมเศร้าตามแบบประเมิน 9Q และ 8Q มาทำการวิเคราะห์โดยใช้ chi-square test และ Fisher's Exact test พบว่าอาการของโรคซึมเศร้าตามแบบประเมิน 9Q และ 8Q เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยไม่นับรวมกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบความแตกต่างในแต่ละกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่การดังต่อไปนี้ไม่สนใจทำอะไร

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

ข้อมูลทั่วไป	จำแนกตามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย				p-value
	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) (n=440)	ไม่คิดฆ่าตัวตาย (ร้อยละ) (n=158)	คิดฆ่าตัวตาย (ร้อยละ) (n=167)	พยายามฆ่าตัวตาย (ร้อยละ) (n=115)	
เพศ					
ชาย	114 (26.1)	32 (28.1)	48 (42.1)	34 (29.8)	.120
หญิง	326 (73.9)	126 (38.7)	119 (36.5)	81 (24.8)	
ช่วงอายุ					< .001**
20 - 30 ปี	211 (48.0)	48 (22.8)	91 (43.1)	72 (34.1)	
มากกว่า 30 ปี	229 (52.0)	110 (48.0)	76 (33.2)	43 (18.8)	
สถานภาพ					< .001**
ไร้คู่	321 (72.8)	74 (23.1)	147 (45.8)	100 (31.1)	
มีคู่	119 (27.2)	84 (70.6)	20 (16.8)	15 (12.6)	
อาชีพ					< .001**
ว่างงาน	258 (58.7)	41 (15.9)	127 (49.2)	90 (34.9)	
มีอาชีพ	182 (41.3)	117 (64.3)	40 (22.0)	25 (13.7)	
ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว					< .001**
มี	242 (55.1)	12 (5.0)	132 (54.5)	98 (40.5)	
ไม่มี	198 (44.9)	146 (73.7)	35 (17.7)	17 (8.6)	
โรคติดกั๊งลรว่					< .001**
มี	168 (38.1)	9 (5.4)	112 (66.6)	47 (28.0)	
ไม่มี	272 (61.9)	149 (54.8)	55 (20.2)	68 (25.0)	
โรคเกี่ยวกับการใช้สุรารว่					< .001**
มี	95 (21.5)	0 (0.0)	53 (55.8)	42 (44.2)	
ไม่มี	345 (78.5)	158 (45.8)	114 (33.0)	73 (21.2)	
การพักอาศัยอยู่คนเดียว					< .001**
ใช่	226 (51.5)	14 (6.2)	129 (57.1)	83 (36.7)	
ไม่ใช่	214 (48.5)	144 (67.2)	38 (17.8)	32 (15.0)	
การใช้ยาคลายกั๊งลรว่					< .001**
มี	318 (72.1)	95 (29.9)	144 (45.3)	79 (24.8)	
ไม่มี	122 (27.9)	63 (51.6)	23 (18.9)	36 (29.5)	

*p < .05, **p < .001

ซึมเศร้าท้อแท้ไม่ค่อยมีแรง คิดว่าตัวเองล้มเหลว สมาธิไม่ดี ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงคือมีค่าคะแนน 9Q ≥ 19 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อนำปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติจากตารางที่ 2 และ 3 มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ binary logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ซึ่งหมายถึงกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย รวมกับ

กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย ไม่นับผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพิจารณาจากค่า adjusted odds ratio ในทุกปัจจัยดังนี้ อายุช่วง 20 - 30 ปี (AOR 3.12, 95% CI 2.06 - 4.71) ไร้คู่ (AOR 7.91, 95% CI 4.94 - 12.65) ว่างงาน (AOR 9.40, 95% CI 6.00 - 14.73) มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว (AOR 51.64, 95% CI

26.84 - 98.63) เป็นโรคจิตกัณฑ์ร่วม (AOR 20.32, 95% CI 10.13 - 40.79) โรคที่เกี่ยวกับการใช้สุรา (AOR 161.46, 95% CI 9.95 - 2621.07) อาศัยอยู่คนเดียว (AOR 30.04, 95% CI 16.43 - 54.92) ใช้ยาคลายกัณฑ์ร่วม (AOR 2.50, 95% CI 1.63 - 3.83) ความรู้ลึกลับว่าตัวเองลัณฑ์เหลว (AOR 1802.22, 95% CI 441.34 - 7359.42) ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ (AOR 152.27, 95% CI 29.98 - 7359.42)

ตารางที่ 3 อาการและความรุนแรงของโรคซึมเศร้าตามแบบประเมิน 9Q และ 8Q กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

จำแนกตามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย				
อาการและความรุนแรงของโรคซึมเศร้า	ไม่คิดฆ่าตัวตาย (ร้อยละ) (n=158)	คิดฆ่าตัวตาย (ร้อยละ) (n=167)	พยายามฆ่าตัวตาย (ร้อยละ) (n=115)	p-value
ไม่สนใจทำอะไร				.004*
มี	147 (34.5)	165 (38.7)	114 (26.8)	
ไม่มี	11 (78.6)	2 (14.3)	1 (7.1)	
ซึมเศร้าท้อแท้				< .001**
มี	109 (28.0)	165 (42.4)	115 (29.6)	
ไม่มี	49 (96.1)	2 (3.9)	0 (0.0)	
หลับยากนอนไม่หลับ				.235
มี	152 (35.3)	164 (38.1)	114 (26.5)	
ไม่มี	6 (60.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	
ไม่ค่อยมีแรง				.003*
มี	86 (33.5)	114 (44.4)	57 (22.2)	
ไม่มี	72 (39.3)	53 (29.0)	58 (31.7)	
เบื่ออาหาร				.290
มี	138 (35.1)	154 (39.2)	101 (25.7)	
ไม่มี	20 (42.6)	13 (27.7)	14 (29.8)	
คิดว่าตัวเองลัณฑ์เหลว				< .001**
มี	2 (0.7)	158 (57.5)	115 (41.8)	
ไม่มี	156 (94.5)	9 (5.5)	0 (0.0)	
สมาธิไม่ดี				< .001**
มี	118 (35.5)	154 (64.4)	60 (18.1)	
ไม่มี	40 (37.0)	13 (12.0)	55 (50.9)	
ทำอะไรช้าลง				.100
มี	79 (33.6)	100 (42.6)	56 (23.8)	
ไม่มี	79 (38.5)	67 (32.7)	59 (28.8)	
ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ				< .001**
มี	1 (0.6)	55 (32.7)	112 (66.7)	
ไม่มี	157 (57.7)	112 (41.2)	3 (1.1)	
ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า				< .001**
รุนแรง (9Q≥19)	0 (0.0)	20 (15.6)	108 (84.4)	
ไม่รุนแรง (9Q<19)	158 (50.6)	147 (47.1)	7 (2.2)	

*p < .05, **p < .001

และโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง (AOR 263.65, 95% CI 16.26 - 4275.51) ดังแสดงในตารางที่ 4

เมื่อนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากตารางที่ 4 มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ multivariable logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่มีผลกับผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย เทียบกับกลุ่มที่ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย พบปัจจัยที่มีผลกับการพยายามฆ่าตัวตาย โดยพิจารณาจากค่า adjusted odds ratio ในทุกปัจจัย ได้แก่ อายุช่วง 20 - 30 ปี (AOR 3.80, 95% CI 2.29 - 6.29) ไร้คู่ (AOR 7.35, 95% CI 3.96 - 13.66) ว่างาน (AOR 10.05, 95% CI 5.72 - 17.67) มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว (AOR 65.97, 95% CI 30.56 - 142.39) มีโรคติดก้นวเป็นโรคร่วม (AOR 10.91, 95% CI 5.14 - 23.17) โรคเกี่ยวกับการใช้สุราเป็นโรคร่วม (AOR 183.3, 95% CI 11.13 - 3019.58) อาศัยอยู่คนเดียว (AOR 25.60, 95% CI 13.04 - 50.29) คิดว่าตัวเองล้มเหลว (AOR 14460.60, 95% CI 687.67 - 304081.34) ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ (AOR 3375.00, 95% CI 490.87 - 23204.96) โรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง (AOR 4585.93, 95% CI 259.21 - 81134.03) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เทียบกับกลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย จะมีปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับความคิดอยากฆ่าตัวตายสอดคล้องกับกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายทุกประการ แต่จะมีปัจจัยด้านประวัติการใช้ยาคลายกังวลร่วม (AOR 4.09, 95% CI 2.38 - 7.01) เพิ่มอีกหนึ่งปัจจัยสำหรับกลุ่มผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เมื่อวิเคราะห์ในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายเทียบกับกลุ่มที่คิดอยากฆ่าตัวตาย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ การทำให้ตัวเองบาดเจ็บ (AOR 65.15, 95% CI 21.44 - 197.97) โรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง (AOR 104.09, 95% CI 43.51 - 249.04) โดยจะพบว่าปัจจัย 2 ปัจจัยนี้มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกรูปแบบของการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ดังแสดงในตารางที่ 5

วิจารณ์

ความชุกของผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าจากการศึกษาอยู่ที่ร้อยละ 64 มีความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ 37.9 พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 26.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบความชุกของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 76.4 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 62.4 และพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 35.4¹² เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศแถบยุโรปพบความเสี่ยง

การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าที่ร้อยละ 46.67¹⁹ และจากการศึกษาในหลายภูมิภาคพบความชุกของผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 33.6 และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 29.0⁸ การศึกษาในประเทศจีนที่มีความชุกของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายอยู่ที่ร้อยละ 53.4¹⁰ และกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายพบความชุกที่ร้อยละ 24⁴ จากข้อมูลความชุกจะเห็นได้ว่ามีข้อมูลที่แตกต่างกันออกไปตามแต่ละภูมิภาค โดยอาจขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่าง ระเบียบวิธีการวิจัย เครื่องมือที่ใช้วัด และเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ช่วงเวลาในการศึกษา เป็นต้น

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ด้านเพศจากการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศชายกับเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ จึงยังสรุปไม่ได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เนื่องจากสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชายสองเท่า แต่จากการศึกษาอื่นในประเทศไทยก่อนหน้านี้นี้พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง¹² ซึ่งต่างจากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นและเนเธอร์แลนด์ ที่เพศหญิงมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย²⁰⁻²¹ ปัจจัยด้านเพศที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายจึงเป็นปัจจัยที่น่าสนใจในการศึกษาต่อไป

ปัจจัยด้านอายุ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าช่วงอายุ 20 - 30 ปี มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานครก่อนหน้านี้อายุช่วง 20 - 30 ปี สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายเช่นกัน¹² ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในประเทศจีนที่ผู้ป่วยซึมเศร้าอายุมากกว่า 40 ปี มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย เนื่องจากความแตกต่างของขนาดประชากร และการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 40 - 50 ปี และเป็นการศึกษาในหลายภูมิภาคทั่วประเทศจีน¹⁰ ซึ่งการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเท่านั้น

ด้านสถานภาพไร้คู่ ว่างาน และอาศัยอยู่คนเดียว พบมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ทั้งความคิดอยากฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับหลายการศึกษาทั้งในประเทศไทยและประเทศแถบเอเชีย^{6,10,12,20} ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างชัดเจน¹⁰ และส่งผลทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าขาดรายได้จากการว่างงาน ไม่มีกิจกรรมทำระหว่างวัน¹² ขาดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ว่าจะ

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าโดยวิธี binary logistic regression

ปัจจัยที่มีผล	จำแนกตามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย		p-value	Adjusted odds ratio (95% CI)
	ไม่คิดฆ่าตัวตาย (ร้อยละ) (n=158)	เสี่ยงฆ่าตัวตาย (ร้อยละ) (n=282)		
ช่วงอายุ (ปี)			<.001**	3.12 (2.06 - 4.71)
20 - 30	48 (22.7)	163 (77.3)		
มากกว่า 30	110 (48.0)	119 (52.0)		
สถานภาพ			<.001**	7.91 (4.94 - 12.65)
ไร้คู่	74 (23.1)	247 (76.9)		
มีคู่	84 (70.6)	35 (29.4)		
อาชีพ			<.001**	9.40 (6.00 - 14.73)
ว่างงาน	41 (15.9)	217 (84.1)		
มีงานทำ	117 (64.3)	65 (35.7)		
โรคจิตเวชในครอบครัว			<.001**	51.46 (26.84 - 98.63)
มี	12 (5.0)	230 (95.0)		
ไม่มี	146 (73.7)	52 (26.3)		
โรควิตกกังวลร่วม			<.001**	20.32 (10.13 - 40.79)
มี	9 (5.4)	159 (94.6)		
ไม่มี	149 (54.8)	123 (45.2)		
โรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุรา			<.001**	161.46 (9.95 - 2621.07)
มี	0 (0.0)	95 (100.0)		
ไม่มี	158 (45.8)	187 (54.2)		
การพักอยู่คนเดียว			<.001**	30.04 (16.43 - 54.92)
ใช่	14 (6.2)	212 (93.8)		
ไม่ใช่	144 (67.3)	70 (32.7)		
ใช้ยาคลายกังวลร่วม			.014*	2.50 (1.63 - 3.83)
ใช่	95 (29.9)	223 (70.1)		
ไม่ใช่	63 (51.6)	59 (48.4)		
คิดว่าตัวเองล้มเหลว			<.001**	1802.22 (441.34 - 7359.42)
มี	2 (0.7)	273 (99.3)		
ไม่มี	156 (94.5)	9 (5.5)		
ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ			<.001**	152.27 (29.98 - 773.53)
มี	1 (0.6)	167 (99.4)		
ไม่มี	157 (57.7)	115 (42.3)		
ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า			<.001**	263.65 (16.26 - 4275.51)
รุนแรง (9Q≥19)	0 (0.0)	128 (100.0)		
ไม่รุนแรง (9Q<19)	158 (50.6)	154 (49.4)		

*p < .05, **p < .001

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีผลกับความคิดอยากฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตายเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายเปรียบเทียบกับกลุ่มคิดอยากฆ่าตัวตายโดยวิธี multivariable logistic regression

ปัจจัยที่มีผล	มีความคิดฆ่าตัวตายเปรียบเทียบกับ ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย		พยายามฆ่าตัวตายเปรียบเทียบกับ ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย		พยายามฆ่าตัวตายเปรียบเทียบกับ มีความคิดฆ่าตัวตาย	
	p-value	Adjusted odds ratio (95% CI)	p-value	Adjusted odds ratio (95% CI)	p-value	Adjusted odds ratio (95% CI)
อายุ 20 - 30 ปี	.006*	2.73 (1.73 - 4.29)	< .001**	3.80 (2.29 - 6.29)	.676	1.39 (0.86 - 2.26)
สถานภาพไร้คู่	< .001**	8.16 (4.67 - 14.25)	< .001**	7.35 (3.96 - 13.66)	.956	0.9 (0.44 - 1.83)
ว่างงาน	< .001**	8.91 (5.40 - 14.70)	< .001**	10.05 (5.72 - 17.67)	.942	1.13 (0.64 - 1.98)
ประวัติโรคจิตเวช ในครอบครัว	< .001**	27.98 (14.50 - 53.98)	< .001**	65.97 (30.56 - 142.39)	.752	1.51 (0.80 - 2.83)
โรคจิตกึ่งลงร่วม	< .001**	31.90 (15.37 - 66.22)	< .001**	10.91 (5.14 - 23.17)	.008*	0.34 (0.21 - 0.56)
โรคเกี่ยวกับการใช้ สุรา	< .001**	148.12 (9.05 - 2423.81)	< .001**	183.3 (11.13 - 3019.58)	.862	1.24 (0.75 - 2.64)
อาศัยอยู่คนเดียว	< .001**	33.52 (17.52 - 64.13)	< .001**	25.6 (13.04 - 50.29)	.844	0.76 (0.44 - 1.31)
ใช้ยาคลายกังวล รวม	< .001**	4.09 (2.38 - 7.01)	.075	1.45 (0.87 - 2.40)	.082	0.35 (0.20 - 0.64)
คิดว่าตัวเอง ล้มเหลว	< .001**	1044.43 (254.84 - 4280.42)	< .001**	14460.60 (687.67 - 304081.34)	.379	13.85 (0.80 - 240.29)
ทำให้ตัวเอง บาดเจ็บ	< .001**	51.80 (10.05 - 266.97)	< .001**	3375.00 (490.87 - 23204.96)	< .001**	65.15 (21.44 - 197.97)
โรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง	< .001**	44.06 (2.64 - 734.99)	< .001**	4585.93 (259.21 - 81134.03)	< .001**	104.09 (43.51 - 249.04)

*p < .05, **p < .001

เป็นสามีหรือภรรยา เพื่อน เพื่อนร่วมงาน รวมถึงทำให้ขาดการช่วยเหลือทางสังคม (social support) โดยเฉพาะด้านการพูดคุยให้คำปรึกษา^{13,22} ทำให้เพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายการศึกษา^{6,10,12-13,20,22} จึงทำให้ต้องตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีสถานะไร้คู่ ว่างงาน

และอาศัยอยู่คนเดียว เป็นกลุ่มที่อาจต้องเฝ้าระวังเพื่อลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

ด้านประวัติการเป็นโรคทางจิตเวชในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในหลายภูมิภาคที่พบว่า

ผู้ที่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ส่งผลทำให้แนวโน้มของตัวโรคซึมเศร้าแย่ลงและเพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย^{13,23} จากการศึกษาพบผู้ที่มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมากถึง 51 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้มีประวัติครอบครัว ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัวจึงเป็นข้อมูลสำคัญที่ต้องสอบถามในการคัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้าทุกราย

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยโรคร่วมทางจิตเวชที่มีผลต่อความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าที่สอดคล้องกันหลายการศึกษา ได้แก่ โรควิตกกังวล และโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุรา ซึ่งโรคร่วมดังกล่าวทำให้แนวโน้มของโรคซึมเศร้าแย่ลง และมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ทั้งความคิดอยากฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{22,24-27} ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรควิตกกังวลและโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราร่วมกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า เป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมากยิ่งขึ้น

ด้านการรักษาโรคซึมเศร้าโดยการใช้ยาคลายกังวล ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (antidepressant) พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทย¹² จากการศึกษาพบความสัมพันธ์ของผู้ที่มีประวัติการใช้ยาคลายกังวลร่วมกับผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายแต่อย่างใด ทำให้ยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ของการใช้ยาคลายกังวลกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าได้ และน่าจะต้องมีการศึกษาติดตามถึงผลการใช้ในระยะยาวต่อไป²⁸

ด้านอาการของโรคซึมเศร้าตามแบบประเมิน 9Q และ 8Q พบอาการสำคัญของโรคซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การคิดว่าตัวเองล้มเหลว และทำให้ตัวเองบาดเจ็บ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนและฟินแลนด์ที่ได้กล่าวถึงอาการคิดว่าตัวเองล้มเหลว ทำให้รู้สึกตัวตัวเองไร้คุณค่า และเป็นตัวบ่งชี้ที่ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความคิดอยากฆ่าตัวตายและนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย เช่นเดียวกับการทำให้ตัวเองบาดเจ็บ พบว่าสามารถใช้เป็นตัวทำนายความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งความคิดในการอยากฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย^{10,22,29} บางการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการทำให้ตัวเองบาดเจ็บทำให้เพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าได้ถึง 10 เท่า¹³ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การคิดว่าตัวเองล้มเหลวและทำให้ตัวเองบาดเจ็บ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ อาการดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรตระหนักในการประเมินผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการในทุกครั้ง

จากการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระดับรุนแรง มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในหลายการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงจะพบอาการแสดงของตัวโรคซึมเศร้าได้หลายอาการ โดยเฉพาะความคิดว่าตัวเองล้มเหลว ไร้คุณค่า มีความบกพร่องในการทำงาน การดูแลตัวเอง การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความคิดอยากฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย รวมถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จในที่สุด^{22,30,31} การประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยซึมเศร้าจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าหลายปัจจัยที่มีความแตกต่างกับการศึกษาในจังหวัดส่วนภูมิภาค ได้มีการศึกษาในจังหวัดภูเก็ตและพัทลุงพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายคือ มีโรคร่วมเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่เจาะจง มีระยะเวลาการรักษาซึมเศร้านานมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี และเคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน³²⁻³³ ภาคตะวันออกได้แก่จังหวัดชลบุรีและจันทบุรี พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ได้แก่ อายุ 40 - 49 ปี มีประวัติเป็นโรคทางกายเรื้อรัง มีอาชีพรับจ้าง และมีสถานภาพสมรส³⁴⁻³⁵ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดบุรีรัมย์ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ประกอบอาชีพรับจ้าง อายุต่ำกว่า 21 ปี³⁶ ภาคเหนือจังหวัดลำปาง พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ทำอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ไม่ชอบเข้าสังคม³⁷ โดยสรุปปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในการศึกษานี้ได้แก่ อายุ 20 - 30 ปี สถานภาพไร้คู่ ว่างงาน มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว มีโรควิตกกังวล หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราเป็นโรคร่วม อาศัยอยู่คนเดียว มีอาการคิดว่าตัวเองล้มเหลว ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ และเป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง อาจเป็นปัจจัยที่จำเพาะในการเฝ้าระวังผู้ป่วยซึมเศร้าในกรุงเทพมหานคร ที่แตกต่างออกไปจากจังหวัดในส่วนภูมิภาค

จุดเด่นของการศึกษานี้คือมีการวิเคราะห์ในเชิงสถิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ทั้งการวิเคราะห์แบบ binary logistic regression และ multivariable logistic regression จนได้ผล

การวิเคราะห์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติหลายปัจจัย และมีค่า adjusted odds ratio ที่สูงในหลายปัจจัยเช่นกัน

ข้อจำกัดของการศึกษาคือศึกษาผู้ป่วยซึมเศร้าในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์เท่านั้น จึงไม่สามารถสะท้อนปัญหาของทั้งประเทศ การศึกษานี้เน้นไปที่กลุ่มผู้ใหญ่วัยทำงาน อายุ 20 - 60 ปี แม้จะเป็นกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ที่เป็นโรคซึมเศร้า แต่ก็ทำให้ขาดข้อมูลของผู้ป่วยวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี และผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป รวมถึงเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงสถิติมีการกระจายของข้อมูลที่จำกัด ทำให้ช่วงความน่าเชื่อถือ 95% CI ในบางปัจจัยมีช่วงค่อนข้างกว้าง จึงเป็นข้อเสียในการทำการวิจัยในอนาคตที่รูปแบบใกล้เคียงกัน น่าจะมีการขยายช่วงอายุของผู้ป่วยซึมเศร้า รวมถึงขยายจำนวนขนาดตัวอย่างเพื่อให้การกระจายข้อมูลได้อย่างทั่วถึงในทุกกลุ่ม และทำในหลายภูมิภาคร่วมกันเพื่อสะท้อนภาพกว้าง น่าจะทำให้ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น

สรุป

การรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาผ่านความทุกข์ของผู้ป่วยซึมเศร้าที่เสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่สูงถึงร้อยละ 64 และปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้า ได้แก่ อายุ 20 - 30 ปี สถานภาพไร้คู่ ว่างงาน มีประวัติโรคจิตเวช ในครอบครัว มีโรควิตกกังวล หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราเป็นโรคร่วม อาศัยอยู่คนเดียว มีอาการคิดว่าตัวเองล้มเหลว ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ และเป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง เป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องตระหนักในการประเมินผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าโดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานครได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ทีมจิตแพทย์ นักจิตวิทยา กลุ่มงานจิตเวช หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมการวิจัยและทีมงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ที่ช่วยส่งเสริมทำให้เกิดงานวิจัยชิ้นนี้ขึ้น และขอขอบคุณ ผศ.ดร.พญ.มูทิตา พนาสธิตย์ ผู้ร่วมวิจัยที่ช่วยเหลือในการทำวิจัยในหลายส่วน รวมถึงผู้เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี

ผลประโยชน์ขัดกัน

ผู้วิจัยไม่ได้รับผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ จากการทำวิจัยฉบับนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

นพ.กนกพัฒน์ ราชไชยา ทำการออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์สถิติ วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ; ผศ.ดร.พญ.มูทิตา พนาสธิตย์ ร่วมออกแบบการศึกษา วิเคราะห์สถิติ และตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5thed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Kongsuk T, Arunpongpaissal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. J Psychiatr Assoc Thailand 2018;63(4): 321-34.
3. Kleiman EM, Nock MK. Real-time assessment of suicidal thoughts and behaviors. Curr Opin Psychol 2018;22: 33-7.
4. Dong M, Zeng LN, Lu L, Li XH, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. Psychol Med 2019;49(10): 1691-704.
5. Reutfofs J, Andersson TML, Tanskanen A, DiBernardo A, Li G, Brandt L, et al. Risk factors for suicide and suicide attempts among patients with treatment-resistant depression: nested case-control study. Arch Suicide Res 2021;25(3): 424-38.
6. Abdullah M, Khalily MT, Ahmad I, Hallahan B. Psychological autopsy review on mental health crises and suicide among youth in Pakistan. Asia Pac Psychiatry 2018;10(4): e12338.
7. World Health Organization. Suicide rates [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>
8. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. Br J Psychiatry 2008;192(2): 98-105.
9. Hegerl U. Prevention of suicidal behavior. Dialogues Clin Neurosci 2016;18(2): 183-90.
10. Fang X, Zhang C, Wu Z, Peng D, Xia W, Xu J, et al. Prevalence, risk factors and clinical characteristics of suicidal ideation in Chinese patients with depression. J Affect Disord 2018;235: 135-41.
11. Department of Mental Health, Thailand. Suicidal report [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 20]. Available from: https://dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp.
12. Chiddycha M, Lueboonthavachai P. Suicidal Ideation, suicide attempt and associated factors in Thai patients with acutely treated depressive disorder. J Psychiatry Psychiatric Disord 2022;6(2): 47-60.
13. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. Evid Based Ment Health 2022;25(4): 148- 55.
14. Ten HM, De GR, Van DS, Tuithof M, Kleinjan M, Penninx B.

- Recurrence and chronicity of major depressive disorder and their risk indicators in a population cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2018;137(6): 503-15.
15. American Psychological Association. Suicidality - APA dictionary of psychology [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 17]. Available from: <https://dictionary.apa.org/suicidality>
 16. 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;54(4): 413-24.
 17. Kittirattanapaiboon P. The validity of the mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) Thai version. *J Ment Health Thai* 2005;13(3): 125-38.
 18. Tepklang C. The development of elderly depression surveillance and caring system in out patient department of Ubonratana hospital, KhonKaen province. *Maharakham Hospital Journal* 2019;16(1): 70-7.
 19. Dold M, Bartova L, Fugger G, Kautzky A, Souery D, Mendlewicz J, et al. Depression and the degree of suicidality: results of the European group for the study of resistant depression (GSRD). *Int J Neuropsychopharmacol* 2018;21(6): 539-49.
 20. Kodaka M, Matsumoto T, Takai M, Yamauchi T, Kawamoto S, Kikuchi M, et al. Exploring suicide risk factors among Japanese individuals: the largest case-control psychological autopsy study in Japan. *Asian J Psychiatr* 2017;27(1): 123-6.
 21. Spijker J, De GR, Ten HM, Nolen WA, Speckens A. Predictors of suicidality in depressive spectrum disorders in the general population: results of the Netherlands mental health survey and incidence study. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010;45(5): 513-21.
 22. Li X, Mu F, Liu D, Zhu J, Yue S, Liu M, et al. Predictors of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death among people with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *J Affect Disord* 2022;302(10): 332-51.
 23. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002;360(9340): 1126-30.
 24. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170(3): 205-28.
 25. Thaisittikul P, Ittasakul P, Waleeprakhon P, Wisajun P, Jullagate S. Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10(21): 2097-103.
 26. Maniam T, Marhani M, Firdaus M, Kadir AB, Mazni MJ, Azizul A, et al. Risk factors for suicidal ideation, plans and attempts in Malaysia--results of an epidemiological survey. *Compr Psychiatry* 2014;55(10): 121-5.
 27. May AM, Klonsky ED, Klein DN. Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: a 10-year longitudinal study. *J Psychiatr Res* 2012;46(7): 946-52.
 28. McCall WV, Benca RM, Rosenquist PB, Riley MA, McCloud L, Newman JC, et al. Hypnotic medications and suicide: risk, mechanisms, mitigation, and the FDA. *Am J Psychiatry* 2017;174(1): 18-25.
 29. Haarasilta L, Marttunen M, Kaprio J, Aro H. The 12-month prevalence and characteristics of major depressive episode in a representative nationwide sample of adolescents and young adults. *Psychol Med* 2001;31(7): 1169-79.
 30. Wang JL, Patten SB, Currie S, Sareen J, Schmitz N. Predictors of 1-year outcomes of major depressive disorder among individuals with a lifetime diagnosis: a population-based study. *Psychol Med* 2012;42(2): 327-34.
 31. Witte TK, Timmons KA, Fink E, Smith AR, Joiner TE. Do major depressive disorder and dysthymic disorder confer differential risk for suicide. *J Affect Disord* 2009;115(2): 69-78.
 32. Jusanit S. Factors related to suicide attempt: a study form Vachiraphuket hospital. *Reg11med* 2022;36(3): 1-12.
 33. Thongtawat A. Factors associated with suicidal behavior among individuals with major depressive disorder. *Health Sci J Thai* 2023;5(2): 7-14.
 34. Kongmeesuk C, Kaneko K, Triwuttanon B. Factors associated with depression and the risk of suicide among residents aged 35 years and older in Ko Sichang district, Chonburi province. *JHSR* 2008;2(1): 563-70.
 35. Samang N. Factors related to suicide attempt at Prapokklao hospital Chanthaburi. *AJMP* 2020;4(8): 266-76.
 36. Kamonpan J, Pinratana w. The factors associated with suicidal attempted in counselling clinic, department of substance abuse and mental health services, Buriram hospital. *MJSBH* 2020;35(2): 481-90.
 37. Kamondham S, Kaewdee R. The factors associated with committed suicide in Muang district, Lampang province by psychological autopsy from October 2010 to September 2013. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018;63(1): 47-54.